

ROGERIO SHIGUEO MORIHISA

**Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes
com transtornos por uso de substâncias psicoativas
atendidos em um hospital universitário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientadora: Dra. Sandra Scivoletto

São Paulo

2006

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Dados Internacionais de Catalogação em Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Reprodução autorizada pelo autor

Merliani, Rogério Shigueo

Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário. / Rogério Shigueo Merliani. -- São Paulo, 2006.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientadora: Suelza Scivoletto.

Descritores: 1. Diagnóstico duplo (psiquiatria) 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 3. Transtorno da conduta 4. Saúde do adolescente 5. Prevalência 6. Estudantes

USFVPM/SBD-163/06

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

A Deus acima de tudo, e aos meus antepassados Morihisa, Issayama, Tanishigue e Ide, pela constante iluminação e conforto espiritual em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Akiji Morihisa e Maria Morihisa, por todo amor, ensinamentos, dedicação, e incentivos que acompanham e norteiam meus passos até hoje.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dra. Sandra Scivoletto, orientadora e, acima de tudo, amiga, pelos ensinamentos e pela confiança dispensada desde o primeiro momento, além do apoio e carinho em muitos momentos de minha vida pessoal, profissional e acadêmica.

À Prof^ª. Dra. Lúcia Pereira Barroso, pelo inestimável auxílio na realização da análise estatística e contribuições na definição dos métodos de análise adotados.

À equipe (e amigos) do SEPIA, pela constante dedicação e apoio durante minha formação acadêmica e profissional.

A toda equipe do GREA, pela amizade, dedicação, confiança e apoio que tornaram possível a realização deste e de outros trabalhos.

À Dra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, pela amizade e confiança em mim depositados e pelo constante apoio à minha formação acadêmica, profissional e pessoal durante o período em que estive na SENAD.

Aos amigos Vladimir de Andrade Stempliuk, Cristina Podolan Marochi e Déborah Domiceli de Oliveira Cruz, pelo carinho e incentivo durante a realização deste trabalho.

À Angela Braga de Oliveira, pelo amor, dedicação, carinho, incentivo e, principalmente, por toda paciência e compreensão pelos meus momentos de ausência.

Aos meus irmãos Inês Akie Morihisa, Rose Mary Massue Morihisa Kimura e Ricardo Hiroshi Morihisa, pelo amor, carinho e amizade, ontem, hoje e sempre.

Aos meus sobrinhos Marília Yukie Kimura, Rafael Morihisa e Victor Takeyoshi Kimura pela jovialidade contagiante.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

“Que os jovens modifiquem a sociedade e ensinem aos adultos a ver o mundo com olhos novos, mas, onde houver o desafio de um rapaz ou de uma moça em crescimento, que haja um adulto para aceitar o desafio. Embora ele não seja agradável, necessariamente.”

D. W. Winnicott

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

SUMÁRIO

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Epidemiologia do uso de drogas entre adolescentes	01
1.2. Fatores de risco para o uso de drogas	07
1.3. Comorbidade Psiquiátrica	08
1.4. Comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias	10
1.4.1. Transtorno de Conduta	13
2. OBJETIVOS	18
3. METODOLOGIA	19
3.1. Revisão de Literatura	19
3.2. Obtenção da amostra	20
3.3. Critérios de abandono de tratamento	22
3.4. Aspectos éticos	22
3.5. A coleta de dados	23
3.5.1. Variáveis sócio-demográficas	24
3.5.2. Padrão de consumo de drogas	24
3.5.3. Conseqüências do uso de drogas	25
3.5.4. Prevalência de comorbidades psiquiátricas	25
3.6. Análise dos dados	27
4. RESULTADOS	29
4.1. Caracterização da população estudada	29

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

4.2. Características do uso de drogas	32
4.3. Conseqüências psicossociais do uso de drogas	36
4.3.1. Conseqüências escolares	37
4.3.2. Conseqüências legais	38
4.4. Descrição da população quanto ao diagnóstico de transtorno por uso de substância e da comorbidade existente	40
4.5. Análise da ocorrência de problemas de conduta na vida segundo sexo, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas	45
4.5.1. Problemas de conduta na vida e gênero	45
4.5.2. Problemas de conduta na vida, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas	46
5. DISCUSSÃO	56
5.1. Características da população	56
5.2. Características do uso de drogas	60
5.3. Conseqüências psicossociais do uso de drogas	66
5.4. Diagnósticos dos transtornos por uso de substâncias e das comorbidades psiquiátricas	69
5.4.1. Transtornos por uso de substâncias psicoativas	69
5.4.2. Comorbidades psiquiátricas	70
5.5. Problemas de conduta na vida segundo sexo, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas	75
5.5.1. Problemas de conduta na vida e gênero	78
5.5.2. Problemas de conduta na vida, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas	79

6. CONCLUSÕES	81
7. ANEXOS	84
7.1. Anexo 1: Histórico e estrutura do Ambulatório de Adolescentes e Drogas	85
7.2. Anexo 2: Critério de Classificação Econômica Brasil	89
7.3. Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Dra. Sandra Scivoletto)	94
7.4. Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo	96
7.5. Anexo 5: Termo de Responsabilidade exigido pelo serviço	100
7.6. Anexo 6: Termo de Aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa	102
7.7. Anexo 7: Questionário Estruturado do presente estudo	104
7.8. Anexo 8: Questionário Estruturado – Dra. Sandra Scivoletto	121
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146

RESUMO

Morihisa, RS. **Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário.** São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Muitos estudos demonstram a associação entre o abuso de drogas em adolescentes e sintomas de baixa auto-estima, depressão, comportamento anti-social, rebeldia, agressividade, criminalidade, delinqüência, evasão e baixo rendimento escolar. Em adolescentes, os transtornos por uso de substâncias psicoativas freqüentemente ocorrem com outros transtornos psiquiátricos, sendo o transtorno de conduta e os transtornos de conduta na vida – três ou mais sintomas de transtorno de conduta na vida – as comorbidades mais freqüentemente associadas ao transtorno por uso de substâncias em adolescentes. O objetivo deste estudo é descrever as características dos adolescentes usuários de drogas em tratamento quanto ao padrão de consumo de drogas, conseqüências do uso e comorbidades psiquiátricas presentes, bem como analisar o diagnóstico de transtorno de conduta na vida segundo gênero, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas. Foram avaliados 187 adolescentes. As variáveis estudadas foram: idade de início do uso de drogas e da procura de tratamento, companhia do primeiro uso, tipos de drogas consumidas, envolvimento em atos ilícitos, problemas com a polícia, atraso escolar, comorbidades e transtorno de conduta na vida. O sexo masculino foi mais prevalente do que o feminino (76,5% e 23,5%, respectivamente). A idade média na admissão foi de $15,4 \pm 1,4$ anos e a idade de primeiro uso foi de $13,7 \pm 1,7$ anos. A primeira droga ilícita consumida foi a maconha. Aproximadamente 59% deles já haviam praticado algum tipo de roubo alguma vez na vida. Ainda mais, 38,6% dos adolescentes já haviam

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

sido presos e 32,3% possuía história pregressa de tráfico de drogas, 39,0% apresentaram diagnóstico de transtorno por uso de múltiplas substâncias, 24,1% tinham comorbidade com depressão e 9,6% com transtorno de conduta. Quando se inclui os critérios diagnósticos para transtorno de conduta na vida, a prevalência do diagnóstico de transtorno de conduta na população estudada aumenta para 65,2% (intervalo de confiança de 58,4% – 72,0%, com coeficiente de confiança de 95%), sendo que os meninos apresentam uma prevalência maior que as meninas. As médias de idade de início de drogas entre estes adolescentes, bem como os tipos de drogas consumidas não diferem das idades médias da amostra total de todos os adolescentes. Em termos gerais, tabaco, álcool, maconha e cocaína são usados antes do primeiro roubo, do primeiro tráfico e da primeira prisão. Os dados sugerem a necessidade de realizar uma avaliação neuropsiquiátrica detalhada e abrangente antes de considerar o jovem como simplesmente portador de um transtorno de conduta, pois os sintomas deste transtorno podem estar presentes em muitas síndromes psiquiátricas.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

SUMMARY

Morihisa, RS. Study of psychiatric comorbidities among outpatients adolescents with substance use disorders assisted at an university-based hospital. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Many studies demonstrate relationship among substance misuse in adolescents and symptoms of low self-esteem, depression, antisocial behavior, rebelliousness, aggressiveness, crime, delinquency, school evasion and low school income. In adolescents, substance use disorders frequently co-occur with other psychiatric disorders, with conduct disorders and “lifetime” conduct disorders – three or more lifetime symptoms of conduct disorders – the most prevalent co morbidities associated with substance use disorders. The objective of this study to describe the characteristics of adolescents substance abusers in treatment considering the pattern of drug abuse, consequences of this use, prevalence of psychiatric co morbidities, as well as analyzing lifetime conduct disorder by gender, age at the first drug use, and types of drugs used. One hundred eight seven adolescents had been evaluated. The following variables were accessed: age at the first drug use and they looked for treatment, with whom they first used drugs, drugs ever consumed, illegal behaviors, court problems, scholar delay, co-morbidities and lifetime conduct disorder. Male were more prevalent than female (76.5% and 23.5%, respectively). The mean age at the admission to the program was $15,4 \pm 1,4$ the mean age at the first time they used illegal drug was $13,7 \pm 1,7$ years. The first illicit drug consumed was marijuana. Approximately 59% of them had a lifetime history of robbery, 38.6% of the adolescents had a lifetime history of detention and 32.3% had a lifetime prevalence of drug traffic. In addition, 39.0% was diagnosed with multiple substance use

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

disorder, 24.1% had comorbidity depression and 9.6% had comorbidity conduct disorder. Considering the diagnoses of lifetime conduct disorder, the prevalence of conduct disorders increases for 65,2% (confidence interval: 58,4% - 72,0%, with confidence coefficient of 95%), with boys presenting upper tax than girls. The mean age of first drug use among adolescents, as well as the types drugs abused weren't statistically different of the mean age of the total sample. In general, first tobacco, alcohol, marijuana and cocaine use preceded the first robbery episode, first drug traffic episode and the first detention. These data suggest the necessity of carefully neuropsychiatric evaluation before considering young with conduct disorder, therefore the symptoms of this disorder can be found in many psychiatric syndromes.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

1. Introdução

O uso de drogas¹ frequentemente inicia-se na adolescência (Martin e col, 1996; Clark, Kirisci & Tarter, 1998) sendo que, para muitos desses jovens, a experimentação de drogas pode durar pouco e, embora nenhum tipo de uso seja necessariamente isento de risco, pode não haver nenhuma seqüela médica, psicológica ou social. Em outros casos, a experimentação pode levar a outros padrões de consumo, com graves conseqüências biopsicossociais. Em ambos os casos, a presença concomitante de outras patologias psiquiátricas pode constituir um fator de risco para abuso e dependência de drogas, além de influenciar na adesão ao tratamento, bem como no prognóstico do quadro (Mueser, Drake & Wallach, 1998).

Esta dissertação tem como objeto de estudo, analisar apenas um dentre os vários fatores de risco entre adolescentes atendidos em um hospital universitário: a presença de outras manifestações psicopatológicas, ou seja, a presença de comorbidades psiquiátricas e, dentre estas, mais especificamente o transtorno de conduta.

1.1. Epidemiologia do uso de drogas entre adolescentes

Atualmente o uso de drogas entre adolescentes constitui problema de saúde pública tanto no Brasil como em outros países. Em estudos epidemiológicos nacionais (Carlini e col, 2001; Noto e col, 2004; Galduróz e col, 2005) e internacionais (Johnston e col, 1989; Kandel, 1992; SAMHSA, 2003; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2005), fica evidente o quanto o consumo de drogas é freqüente nesta faixa etária.

¹ Nesta dissertação, o termo *droga* será utilizado como sinônimo para “substância psicoativa” ou “substância psicotrópica”.

Em todos os estudos, o álcool e o tabaco apresentam-se como as substâncias psicoativas mais consumidas, independente da população pesquisada.

Carlini e colaboradores (2001) realizaram estudo domiciliar sobre consumo de drogas na população brasileira. Neste estudo, observou-se que o uso na vida de drogas na faixa etária entre 12 e 17 anos foi de 48,3% para álcool, 15,7% para o tabaco, 3,5% para a maconha, 3,4% para os solventes, 1,3% para os benzodiazepínicos, 0,5% para a cocaína e 0,3% para o crack.

Em Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública nas 27 Capitais Brasileiras (Galduróz e col, 2005) com alunos matriculados a partir da 5ª série do Ensino Fundamental, foram pesquisados tipos de uso² de drogas, tais como uso na vida, uso no ano, uso no mês, uso freqüente e uso pesado de diversas substâncias. Observou-se que a prevalência de uso na vida de álcool foi de 65,2%, sendo o uso freqüente referido por 11,7% e o uso pesado por 6,7%. Para o tabaco, a prevalência de uso na vida foi de 24,9% e de uso freqüente, 3,8%. Seguiu-se a essas drogas, para uso na vida, o solvente (com 15,5%), os energéticos (12,0%), a maconha (5,9%), os ansiolíticos (4,1%), os anfetamínicos (3,7%) e a cocaína (2,0%) (Galduróz e col, 2005). A Tabela 1 mostra as freqüências para cada tipo de uso para as drogas pesquisadas.

² Os estudos epidemiológicos na área de drogas trabalham com os termos *uso na vida* - uso de qualquer droga pelo menos uma vez na vida; *uso no ano* - uso de droga pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa; *uso no mês* - uso de droga pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa; *uso freqüente* - uso de droga seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa; *uso pesado* - uso de droga vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa (Galduróz e col, 2005).

Tabela 1: Frequência de uso de drogas por estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, segundo tipo de uso e droga consumida, nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Drogas	Tipos de uso %				
	<i>Na vida</i>	<i>No ano</i>	<i>No mês</i>	<i>Frequente</i>	<i>Pesado</i>
Maconha	5,9	4,6	3,2	0,7	0,5
Cocaína	2,0	1,7	1,3	0,2	0,1
Crack	0,7	0,7	0,5	0,1	0,1
Anfetamínicos	3,7	3,2	1,9	0,5	0,3
Solventes	15,5	14,1	9,8	1,5	0,9
Ansiolíticos	4,1	3,8	2,5	0,4	0,3
Anticolinérgicos	1,2	0,7	0,5	0,1	0,1
Barbitúricos	0,8	0,7	0,5	0,1	0,1
Opiáceos	0,3	-	-	-	-
Xaropes	0,4	-	-	-	-
Alucinógenos	0,6	-	-	-	-
Orexígenos	0,7	-	-	-	-
Energéticos	12,0	-	-	-	-
Esteróides/Anabolizantes	1,0	-	-	-	-
Qualquer droga ilícita*	22,6	19,6	14,8	3,0	2,0
Tabaco	24,9	15,7	9,9	3,8	2,7
Álcool	65,2	63,3	44,3	11,7	6,7

Fonte: Adaptado de Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA: V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. SENAD, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.

(*) Tipos de uso exclui tabaco e álcool

(-) Dados não colhidos

A prevalência do uso de drogas entre adolescentes aumenta sobremaneira quando realizada entre menores em “situação de rua”³. No Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais

³ A *situação de rua*, nesta pesquisa, foi caracterizada em função da periodicidade e da quantidade de horas permanecidas na rua (ao menos meio período do dia), bem como do contexto de atividades desenvolvidas na rua (distante do local de moradia e sem supervisão de familiar ou outro adulto responsável) (Noto e col, 2004).

Brasileiras, no qual foram entrevistadas 2.807 crianças e adolescentes, Noto e colaboradores (2004) encontraram taxa de uso na vida de 76% para o álcool, 63,7% para o tabaco, 44,4% para solventes, 40,4% para maconha e 24,5% para cocaína, crack e merla – preparação obtida da planta coca sob a forma de base e que contém inúmeras impurezas (Tabela 2). A maior prevalência de uso de drogas nesta população pode ser explicada pela presença de inúmeros fatores psicossociais de risco para o uso, abuso e dependência de drogas, tais como pobreza, condições familiares adversas, condições educacionais, dentre outros.

Tabela 2: Frequência de uso de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua, segundo tipo de uso e droga consumida, nas 27 Capitais Brasileiras, 2003.

Drogas	<i>Uso na vida</i>	<i>Uso no ano</i>	<i>Uso no mês</i>	<i>Uso pesado</i>
	%	%	%	%
Tabaco	63,7	52,5	44,5	29,5
Álcool	76,0	62,4	43,0	3,0
Solventes	44,4	36,8	28,7	16,3
Maconha	40,4	32,1	25,4	11,2
Cocaína, Crack e Merla	24,5	18,5	12,6	2,4
Medicamentos	13,4	7,4	5,0	1,0
Psicotrópicos				
Outras	-	3,2	1,4	0,4

Fonte: Adaptado de Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca, AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini EA. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

(-) Dados não disponíveis

O consumo de solventes entre os jovens brasileiros também é uma questão relevante, tendo em vista a alta intensidade de inalação dessas substâncias entre crianças e adolescentes. Entre estudantes da rede pública (Galduróz e col, 2005), 15,5% relataram já ter experimentado alguma vez na vida, valor muito superior, por exemplo, à maconha, relatada por 5,9% dos estudantes (Galduróz e col, 2005).

Estudos internacionais também confirmam a alta prevalência de uso de drogas entre os jovens. Levantamento recente, realizado no Reino Unido, observou que 47% dos jovens entre 16 e 24 anos de idade haviam utilizado uma droga ilícita e 17% alguma droga da classe A (LSD, cocaína, crack, heroína, ecstasy, cogumelos alucinógenos e metadona), pelo menos uma vez na vida (Condon & Smith, 2003).

Nos Estados Unidos (EUA), o projeto "Monitoring the Future" (<http://www.monitoringthefuture.org/>), realiza pesquisas nacionais a respeito do consumo de drogas em amostras representativas da população de estudantes da escola secundária das 8ª, 10ª e 12ª séries, fundamentais para implementar estratégias de prevenção, assim como direcionar recursos para tratamentos específicos se necessário.

Diferentemente dos dados encontrados no Brasil, neste estudo norte-americano a maconha é, de longe, a substância ilícita mais largamente utilizada. Aproximadamente metade de todos os estudantes da 12ª série (46%) relatou o consumo de maconha alguma vez na vida, 34% no último ano e 20% no último mês. Entre os alunos da 10ª série as taxas foram, respectivamente, 35%, 28% e 16%. Por fim, as prevalências encontradas entre os jovens da 8ª série foram 16%, 12% e 6%, respectivamente (Johnston e col, 2005) (Tabela 3).

Os solventes também formam uma classe de drogas relevante, apresentando, dentre as drogas ilícitas utilizadas, a mais alta prevalência de uso na vida na 8ª série (17%), a segunda mais alta na 10ª série (12%) e a quarta maior prevalência entre os alunos da 12ª série (11%). Curiosamente, o consumo de inalantes decresce com o avançar das séries, o que pode ser devido a vários fatores. Em primeiro lugar, a prevalência pode ser menor nos alunos mais velhos pelo fato do grupo de alunos que

abandonam a escola estarem representado somente nos grupos mais jovens. Outro fator possível seria a mudança da validade do relato com a idade (Johnston e col, 2005.).

Tabela 3: Prevalência do uso de drogas, segundo o tipo de uso e a droga consumida, entre estudantes da 8ª, 10ª e 12ª séries da escola secundária dos Estados Unidos da América, 2004.

Série N aprox. = Droga	Uso na vida (%)			Uso no ano (%)			Uso no mês (%)		
	8ª 17,000	10ª 16,400	12ª 14,600	8ª 17,000	10ª 16,400	12ª 14,600	8ª 17,000	10ª 16,400	12ª 14,600
Qualquer droga ilícita ^a	21.5	39.8	51.1	15.2	31.1	38.8	8.4	18.3	23.4
Maconha/Haxixe	16.3	35.1	45.7	11.8	27.5	34.3	6.4	15.9	19.9
Solventes ^b	17.3	12.4	10.9	9.6	5.9	4.2	4.5	2.4	1.5
Alucinógenos	3.5	6.4	9.7	2.2	4.1	6.2	1.0	1.6	1.9
Cocaína	3.4	5.4	8.1	2.0	3.7	5.3	0.9	1.7	2.3
Crack	2.4	2.6	3.9	1.3	1.7	2.3	0.6	0.8	1.0
Heroína	1.6	1.5	1.5	1.0	0.9	0.9	0.5	0.5	0.5
Outros	—	—	13,5	—	—	9,5	—	—	4,3
Narcóticos ^c									
Anfetamínicos ^d	7.5	11.9	15.0	4.9	8.5	10.0	2.3	4.0	4.6
Sedativos (Barbitúricos)	—	—	9.9	—	—	6.5	—	—	2.9
Tranqüilizantes ^d	4.0	7.3	10.6	2.5	5.1	7.3	1.2	2.3	3.1
Álcool	43.9	64.2	76.8	36.7	58.2	70.6	18.6	35.2	48.0
Tabaco	27.9	40.7	52.8	—	—	—	9.2	16.0	25.0

Fonte: Adaptado de Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG & Schulenberg JE. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume I, Secondary school students* (NIH Publication No. 05-5727). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 103-104, 2005. Available at: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2004.pdf

^aPara alunos da 12ª somente: uso de “qualquer droga ilícita” inclui qualquer uso de maconha, LSD, outros alucinógenos, crack, outros derivados de cocaína ou heroína, ou uso de qualquer outro narcótico, anfetaminas, barbitúricos ou tranqüilizantes que não sob prescrição médica. Para alunos do 8ª e 10ª somente: O uso de outros narcóticos e barbitúricos foi excluído.

^bPara 12ª somente: Dados baseados em três dos seis formulários; N é metade do valor indicado.

^cIncluídas somente uso de drogas sem prescrição médica.

^dSomente uso de drogas sem prescrição médica está incluído aqui.

O consumo de álcool e outras drogas tem importante impacto na vida dos adolescentes e pode afetar seu desempenho na futura vida adulta (Kandel e col, 1986). Diante disso, o entendimento dos fatores que aumentam a probabilidade de

uso de drogas e das características deste consumo entre os jovens poderia ser útil nos esforços para prevenir a evolução do uso experimental⁴ para a situação de abuso e dependência, cujas conseqüências são maiores, evitando pior prognóstico.

1.2. Fatores de risco para o uso de drogas

Algumas condições estão associadas a uma maior probabilidade do uso de drogas, sendo consideradas fatores de risco para o uso álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Tal fato não implica em relação de causa e efeito, ou seja, que essas condições provoquem o uso de drogas, mas apenas que a probabilidade de uso é maior quando elas estão presentes (Nicastri e Ramos, 2001).

Muitos são os fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas, os quais estão divididos em quatro diferentes domínios: cultural/social, interpessoal, psicocomportamental e biogenético (Newcomb, 1997). Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco para o consumo de drogas. Além disso, existe, ainda, maior risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias psicoativas, que compreendem o abuso e a dependência de drogas. Entretanto, os fatores de risco não apresentam sempre o mesmo peso, o que pode influenciar na magnitude do risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias. Além disso, os fatores protetores – aqueles associados a uma menor probabilidade de uso de drogas – podem atenuar os efeitos dos fatores de risco, diminuindo um resultado global negativo. É interessante observar que nem sempre os fatores de proteção são o oposto dos fatores de risco.

⁴ Nos estudos epidemiológicos americanos, é considerado uso experimental o consumo, na vida, de qualquer substância psicoativa até 10 vezes (Kandel, 1992).

Desta forma, a detecção de todos os fatores de risco e sua compensação com fatores protetores é essencial, particularmente porque os efeitos negativos podem superar os protetores (Glantz & Sloboda, 1998; Johnson e col, 1992; Newcomb, 1995). Os fatores protetores para a adaptação positiva a situações diversas incluem um ambiente estável, alto grau de motivação, forte vínculo pais-filhos, disciplina e supervisão parental consistentes, vínculo a instituições pró-sociais e associação com grupos que adotam atitudes e comportamentos convencionais (Glantz & Sloboda, 1998).

Estudos transversais têm encontrado associações positivas entre uso de substância e presença de psicopatologia em adolescentes, especialmente para transtorno depressivo maior (Deykin, Levy & Wells, 1987; Bukstein, Glancy & Kaminer, 1992; Deykin, Buka & Zeena, 1992), transtornos ansiosos (Stowell, 1991; Clark & Sayette, 1993; Clark e col, 1995) e transtornos de conduta (Widseth & Mayer, 1971; Loeber, 1988; Milin e col, 1991; Dawkins, 1997). Estes estudos sugerem que a presença de psicopatologia pode constituir um fator de risco para abuso de substância. De fato, Armstrong e Costello (2002), em revisão de literatura, encontraram que a presença de psicopatologia na infância estava associada ao início precoce de uso de drogas e progressão para abuso durante a adolescência.

1.3. Comorbidade Psiquiátrica

A comorbidade, também conhecida como *diagnóstico duplo* (“dual diagnoses” em inglês), é o diagnóstico de dois ou mais transtornos psiquiátricos em um único paciente (Kaplan e col, 1997).

O termo *diagnóstico duplo* foi desenvolvido em programas primariamente dedicados a indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas para identificar pacientes com sintomas psicopatológicos e, similarmente, o termo *abusadores químicos mentalmente doentes* foi desenvolvido em programas de tratamento com perspectivas psiquiátricas para identificar indivíduos com transtornos psiquiátricos nas populações de dependentes (Beeder & Millman, 1992). Entretanto nenhum dos termos é visto como apropriado para descrever tais indivíduos.

A etiologia das comorbidades psiquiátricas tem sido descrita através de quatro hipóteses (Meyer, 1986; Lehman, Myers & Corty, 1989; Anthony, 1991; Kushner & Mueser, 1993; Kosten & Ziedonis, 1997): a) Fatores etiológicos comuns – as altas taxas de comorbidade são o resultado do compartilhamento de fatores de risco entre o transtorno psiquiátrico e o transtorno por uso de substâncias psicoativa; b) Transtorno por uso de substâncias psicoativas secundário a psicopatologia prévia – propõe que o transtorno psiquiátrico aumenta a chance do paciente de desenvolver o transtorno por uso de substâncias; c) Transtorno psiquiátrico secundário a transtorno por uso de substâncias psicoativas – propõe que o uso de drogas precipita a doença psiquiátrica em indivíduos que, de outra maneira, não desenvolveriam esses transtornos; d) Modelo bidirecional – supõe que um transtorno pode aumentar a vulnerabilidade ao outro.

Diferentes modelos podem contribuir para a existência de comorbidades em diferentes grupos de pacientes e um ou mais desses modelos hipotéticos podem se aplicar a um dado indivíduo (Mueser, Drake & Wallach, 1998).

Entretanto, há muito debate acerca da seqüência desenvolvimental dos transtornos (Compton e col, 2000; Schuckit e col, 2000). Enquanto o início precoce

de transtorno por uso de substâncias tem sido relacionado a psicopatologia pré-existente, tais como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta, transtornos de humor e transtornos ansiosos (Cloninger e col, 1988; Bukstein e col, 1989; Buydens-Branchey e col, 1989; Irwin e col, 1990; Wilens e col, 1997; Clark e col, 1999; Costello e col, 1999), outros estudos têm mostrado que psicopatologias, tais como transtorno depressivo maior, seguem o transtorno por uso de substâncias e podem representar complicações do abuso de substâncias ou influências genéticas de abuso (Bukstein e col, 1992, 1989; Schuckit e col, 2000).

De qualquer forma muitos trabalhos descrevem a associação de comorbidades psiquiátricas existentes com uso, abuso e/ou dependência de drogas (Hesselbrock e col, 1985; Schuckit, 1985; Helzer & Prysbeck, 1988; Regier e col, 1988; Regier e col, 1990; Nace e col, 1991; Merikangas e cols, 1996), o que pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento, bem como no prognóstico do quadro.

1.4. Comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias

Numerosos estudos têm demonstrado associações entre uso e abuso de drogas entre adolescentes e sintomas de baixa auto-estima, depressão, comportamento anti-social, rebeldia, agressividade, criminalidade, delinquência, evasão e baixo rendimento escolar (Jessor & Jessor, 1977; Johnston, O'Malley & Eveland, 1978; Kandel, Kessler & Margulies, 1978).

Além disso, alguns estudos sobre comportamento anti-social incluem o uso precoce de drogas como um dentre uma gama de possíveis sintomas do quadro

(Farrington, 1983; Farrel & Taylor, 1994), embora estes comportamentos sejam tratados como sintoma do abuso de substância no DSM-IV (APA, 1994).

Ainda mais, crianças que, mais tarde se tornam bebedores problemas, tinham apresentado altas taxas de evasão escolar e baixo rendimento, rebeldia, comportamento anti-social, agressividade, delinqüência e problemas familiares (McCord & McCord, 1960; Zucker & Barron, 1973; Robins, 1974; Jessor e col, 1980; Greenbaum, Prange, Friedman & Silver, 1991).

Na adolescência, um nível aumentado de sintomatologia depressiva também parece estar associado a uso de substância, incluindo tabaco e álcool e depois com progressão para outros tipos de drogas (Paton & Kandel, 1978; Kleinman, Wish, Deren & Rainone, 1986; Neighbors, Kempton & Forehand, 1992). Lewinsohn e colaboradores (2004), estudando sub-condições psiquiátricas – presença de sintomas psiquiátricos, mas que não preenchem critérios para o diagnóstico da síndrome em si – de transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtorno por uso de substâncias, transtornos de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade entre adolescentes, encontrou que 52,5% deles apresentavam pelo menos uma sub-condição psiquiátrica, dos quais 40% já haviam experimentado uma sub-condição comórbida. Dentre estes, 36,4% também haviam apresentado uma síndrome plena. Aqueles que apresentavam sintomas de transtornos externalizantes (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno de conduta e transtorno por uso de substâncias) apresentaram comorbidades entre si.

No Manual Diagnóstico e Estatístico para Cuidados Primários – “Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version” (Wolraich e col, 1996), a Academia Americana de Pediatria (“American Academy of

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Pediatrics”) reconheceu a importância do subdiagnóstico de problemas mentais na clínica de cuidados primários. Este manual identifica o “problema por uso de substâncias” como uma categoria diagnóstica que alcança o mesmo espectro desenvolvimental dos transtornos por uso de substâncias, embora seja distinto deles (isto é, do abuso ou da dependência). Segundo este manual, manifestações comuns dos “problemas por uso de substâncias” incluem usar drogas por causa de problemas emocionais ou comportamentais e apresentar prejuízos ocasionais de memória ou disfunção motora resultante desse uso (Wolraich e col, 1996).

Shrier e colaboradores (2005), ao analisar adolescentes atendidos em um serviço de cuidados primários utilizando os critérios diagnósticos para “problema por uso de substâncias” contidos no DSM-PC (Wolraich e col, 1996), observaram que tanto os jovens com “problemas por uso de substâncias” como aqueles com transtorno por uso de substâncias relataram um maior número e variedade de sintomas psiquiátricos comparados àqueles sem uso de drogas ou com uso não-problemático.

Os estudos sobre comorbidade psiquiátrica entre adolescentes são restritos ou escassos e, principalmente, limitados a amostras clínicas. Eles indicam que as altas taxas de uso de álcool, abuso de drogas e comorbidade psiquiátrica observadas na população adulta também são encontradas em amostras de adolescentes em tratamento (Bukstein, Glancy & Kaminer, 1992; Kaminer, Tarter, Bukstein & Kabene, 1992; Hovens, Cantwell & Kiriakos, 1994).

Armstrong e Costello (2002), em estudo de revisão de literatura, encontraram que 60% dos adolescentes com uso, abuso ou dependência de drogas apresentavam algum diagnóstico comórbido, sendo transtorno de conduta e transtorno de oposição

e desafiador os mais prevalentes. Em terceiro lugar observou-se que o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, incluído no grupo de transtornos disruptivos do comportamento, apresentou associação com uso, abuso ou dependência de drogas. O transtorno depressivo maior, embora numa taxa menor, também apresentou associação significativa.

Giusti (2004), ao analisar as diferenças de gênero na prevalência de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes, observou que os diagnósticos associados mais freqüentes são os transtornos depressivos nas adolescentes e os transtornos de conduta no sexo masculino. Além disso, as adolescentes apresentaram maior prevalência para comportamento suicida.

Outros diagnósticos mais freqüentes são transtornos ansiosos, esquizofrenia, transtornos de ajustamento, bulimia nervosa e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Kaminer, 1994).

A seguir, será detalhada a principal patologia psiquiátrica em comorbidade com transtorno por uso de substâncias em adolescentes, o transtorno de conduta.

1.4.1. Transtorno de Conduta

O transtorno de conduta é o transtorno psiquiátrico mais freqüente na infância e de maior causa de encaminhamento a serviços especializados de psiquiatria infantil devido aos comportamentos anti-sociais e agressivos (Bordin, 1996).

Atitudes como mentir e cabular aula podem ser observadas no curso do desenvolvimento normal das crianças e adolescentes. Para diferenciar normalidade de transtorno, é importante verificar se esses comportamentos ocorrem esporadicamente e de modo isolado, ou se constituem síndromes, representando um

desvio do padrão de comportamento esperado para pessoas da mesma idade e sexo em determinada cultura (Bordin & Offord, 2000).

O comportamento anti-social persistente na infância é de grande preocupação clínica, pois este é freqüentemente um precursor de transtorno de personalidade anti-social na vida adulta. É incomum encontrar este transtorno na fase adulta na ausência de uma história de transtorno de conduta na infância e adolescência. A não melhora desses comportamentos com o passar do tempo é um mau prognóstico para a socialização adulta normal (Lewis & Volkmar, 1993).

A característica essencial do transtorno de conduta é um padrão repetitivo e persistente de comportamento anti-social, agressivo ou desafiador. Tal comportamento, em seu extremo, deve alcançar violações importantes das expectativas sociais apropriadas à idade do indivíduo sendo, portanto, mais grave que travessuras infantis ou rebeldia normal na adolescência. Atos sociais ou criminosos isolados não são, em si mesmos, base para o diagnóstico de transtorno de conduta, que é caracterizado por um padrão permanente de comportamento (OMS, 1993).

Conforme adverte Lewis (1995), é fundamental realizar uma avaliação neuropsiquiátrica detalhada e abrangente antes de considerar o jovem como simplesmente portador de um transtorno de conduta, pois os sintomas deste transtorno podem estar presentes em muitas síndromes psiquiátricas, além de apresentar um prognóstico bastante reservado.

Em adolescentes, os transtornos por uso de substâncias psicoativas freqüentemente co-ocorrem com transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno depressivo maior (Kashani e col, 1985; Bukstein

e col, 1989; Hovens e col, 1994; Rohde e col, 1996), sendo que o transtorno de conduta é a comorbidade mais freqüentemente associada ao transtorno por uso de substâncias em adolescentes do sexo masculino (Crowley & Riggs, 1995).

No estudo do *Epidemiological Catchment Area* (Regier e col, 1990), a vasta maioria de adultos com transtorno de personalidade anti-social também apresentavam dependência de drogas e o diagnóstico deste transtorno de personalidade requer uma história pregressa de transtorno de conduta na infância. Em estudo de revisão, Bukstein e colaboradores (1989) concluíram que a associação entre abuso de substância e transtorno de personalidade anti-social em adultos está bem definida.

O transtorno de conduta de início na infância e o transtorno de personalidade anti-social no adulto, quando presentes, aumentam o risco para transtorno por uso de substâncias, independente de ter ou não transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Biederman e col, 1995). Estudos indicam que o transtorno de conduta é o diagnóstico mais comumente associado a dependência de drogas na adolescência (Crowley & Riggs, 1995) e o uso de substância geralmente se inicia precocemente em crianças com transtorno de conduta (Robins & McEvoy, 1990; Windle, 1992).

Em estudo com adolescentes em programa de tratamento para transtorno por uso de substâncias psicoativas, Whitmore e colaboradores (1997) encontraram uma taxa de transtorno de conduta de 80%, utilizando-se o “Diagnostic Interview Schedule for Children” (DISC-2.1). Neste mesmo estudo, a totalidade da amostra apresentou diagnóstico de transtorno de conduta na vida – caracterizado pela presença de três ou mais sintomas de transtorno de conduta na vida – e pelo menos

um diagnóstico de abuso ou dependência de drogas que não o tabaco. Ainda mais, estes autores observaram que os adolescentes do sexo masculino apresentavam início de uso de drogas em idade mais jovem, preenchiam critérios para diagnóstico de “transtorno de conduta na vida” mais precocemente que as meninas – incluindo mais roubos, invasões, destruição de propriedades, briga com armas e tortura de animais – e maior prevalência de diagnóstico para dependência de três drogas específicas: maconha, alucinógenos e inalantes. Embora os meninos iniciassem o uso de substâncias um ano antes, não havia diferença entre os sexos com relação à idade de início de uso regular nem no total de número de sintomas de dependência em todas as categorias de substâncias (Whitmore e col, 1997).

As freqüências de problemas escolares e de envolvimento em atividades ilegais são altas entre os adolescentes usuários de drogas (Scivoletto, 1997). Adolescentes com abandono escolar apresentam chance maior de terem problemas emocionais e de se envolverem em comportamentos de risco como atividade sexual precoce, violência e abuso de substâncias do que aqueles que freqüentam escola (Strasburger, 1993; Resnik e col, 1997).

Pedersen e colaboradores (2001), em um estudo longitudinal, encontraram uma forte associação entre problemas de conduta e início de uso de maconha, mesmo sendo estes problemas de níveis sub-clínicos. Conseqüentemente, não somente transtorno de conduta, mas uma variedade de problemas de conduta parece estar relacionada ao início precoce de uso de maconha.

Por outro lado, o transtorno por uso de substâncias psicoativas entre adolescentes tem como principais conseqüências as alterações de conduta, mesmo após pouco tempo de consumo. Acompanhando ambulatorialmente adolescentes com

problemas de drogas, Scivoletto (1997) verificou que 89% tinham abandonado a escola, 64% já haviam realizado roubos e furtos e 47% tinham envolvimento com tráfico de drogas, sendo que quase na totalidade dos casos estas alterações de comportamento haviam começado após o início do uso de drogas. Mesmo nos casos com grande envolvimento em atividades ilegais, quando os pacientes aderiam ao tratamento, este era o primeiro aspecto que apresentava melhora.

Visto que o transtorno de conduta é o transtorno psiquiátrico mais freqüente na infância e de maior causa de encaminhamento a serviços especializados de psiquiatria infantil, que este distúrbio está comumente associado a dependência de drogas na adolescência, além do que o uso de substância geralmente se inicia precocemente em crianças com este diagnóstico, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre transtorno de conduta e transtorno por uso de substâncias psicoativas, bem como a presença de problemas de conduta na vida.

2. OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são:

- a) Descrever as características sócio-demográficas de adolescentes com transtorno por uso de substâncias psicoativas acompanhados no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência e do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de Julho/1993 a Julho/2003;
- b) Apresentar a prevalência e tipos de comorbidades psiquiátricas identificadas nesta população;
- c) Analisar a comorbidade transtorno de conduta segundo a presença de problemas de conduta, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas.

As hipóteses a serem testadas são:

- a) A comorbidade transtorno de conduta, nesta população, é comumente secundária ao transtorno por uso de substância psicoativa.
- b) O transtorno de conduta, tanto como síndrome psiquiátrica como sintoma, é mais comumente encontrado em adolescentes do sexo masculino.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo de análise de prontuário dos adolescentes atendidos no período de julho de 1993 a julho de 2003 no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), cujo histórico e estrutura encontram-se descritos no ANEXO 1.

3.1. Revisão de Literatura

Para a revisão de literatura, foi consultado o sítio eletrônico <http://www.portaldapesquisa.com.br/databases/sites?area=biomed&action=bases> que dá acesso ao portal de pesquisa que permite obter bases de dados, livros e periódicos de diversas áreas do conhecimento.

No sítio eletrônico <http://www.biblioteca.fm.usp.br/assrevoid.php> existe a relação dos periódicos e livros "Full text", disponíveis para acesso na base de dados, através de senha, de 67 títulos de periódicos e 21 livros assinados pela Diretoria da FMUSP. Consultou-se, também, o sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://www.bireme.br/>), que permite pesquisa bibliográfica em portais de Ciência da Saúde em Geral (LILACS, SciELO – Scientific Electronic Library Online, MEDLINE, COCHRANE), de Áreas Especializadas e Organismos Internacionais (PAHO – Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde e WHOLIS – Sistema de Informação da Biblioteca da OMS).

Os descritores utilizados foram: dual diagnose, comorbidity, substance use disorder, conduct disorder, adolescent health, prevalence, substance abuse.

3.2. Obtenção da amostra

Foram analisados os dados de adolescentes de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas desde o início do ambulatório. A classificação da classe econômica da população estudada seguiu o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2000) (ANEXO 2). Principal instrumento de segmentação da população segundo seu poder de compra, o CCEB classifica a população em classes econômicas A, B, C, D e E, através da pontuação obtida pela posse de determinados bens e o grau de instrução do chefe de família.

Foram selecionados os pacientes que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

Critérios de inclusão:

1. Idade entre 11 e 17 anos, inclusive;
2. Diagnóstico de abuso ou dependência de drogas, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993);
3. Morar na Grande São Paulo, tendo endereço fixo ou telefone para contato, não necessariamente do local em que residiam;
4. O adolescente e seu responsável legal deviam concordar, assinando termo de consentimento, com o tratamento e em participar da pesquisa.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Critérios de exclusão:

1. Diagnóstico de retardo mental moderado ou grave, segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993);
2. Quadro psicótico agudo que dificultasse a abordagem psicoterápica dos pacientes e que demandasse terapia específica;
3. Necessidade de tratamento em regime de internação, identificada na triagem inicial, e qualquer contra-indicação de tratamento ambulatorial, por patologia clínica (comprometimento orgânico moderado ou grave) ou impossibilidade de continência familiar;
4. Ausência de familiares que se dispusesse a comparecer, ao menos mensalmente, no serviço de atendimento;
5. Menores que estivessem em alguma instituição no momento da triagem, por exemplo, menores cumprindo sentença judicial de internação na Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM) ou em abrigo.

Os critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) para abuso e dependência de substâncias psicoativas foram utilizados como instrumento diagnóstico, visto ser este sistema classificatório o utilizado para fins de codificação em prontuário no sistema público de saúde brasileiro.

Os prontuários foram analisados minuciosamente para obtenção dos dados objeto do estudo. Para tanto, a pesquisa de prontuário seguiu roteiro (descrito no item 3.5) para garantir que todas as informações fossem coletadas.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

3.3. Critérios de abandono de tratamento

O Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) dispõe de um Sistema de Convocação que entra em contato com os pacientes que faltam a alguma atividade do programa de tratamento – retorno de atendimento psiquiátrico, sessões de psicoterapia individual ou em grupo, sessões de terapia familiar – a fim de obter informações sobre o estado atual do paciente e marcar uma nova consulta. Devido à eficácia de seu funcionamento (Scivoletto e col, 1992), este ambulatório contou com o mesmo sistema de convocação, a partir do qual foram delineados os critérios de abandono de tratamento, que são os seguintes:

- a. Três convocações consecutivas sem resposta ou comparecimento do paciente e/ou responsável;
- b. Perda de contato;
- c. Mudança para outro estado;
- d. Desejo de não continuar o tratamento;
- e. Desrespeito às regras do ambulatório de não comparecer intoxicado à consulta e não usar, portar ou comercializar drogas na área do Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3.4. Aspectos éticos

Os adolescentes atendidos entre julho de 1993 e junho de 1996, já haviam participado de estudo anterior, tendo os responsáveis já assinado termo de consentimento, proposto na época (ANEXO 3).

Os responsáveis pelos pacientes atendidos de julho de 1996 a julho de 2003 já haviam assinado o termo de responsabilidade (ANEXO 5) exigido pelo serviço, mas aqueles que continuavam em tratamento na época do estudo foram reconvocados pelo pesquisador responsável pelo projeto que explicou sobre os procedimentos do estudo e solicitou autorização por escrito do paciente e de seu responsável direto, mediante assinatura do Termo de Consentimento (ANEXO 4), conforme as normas éticas e regulamentares vigentes no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para sua inclusão no projeto. Caso o paciente e/ou responsável se recusasse a participar do estudo, o tratamento psiquiátrico continuaria a ser oferecido sem qualquer prejuízo. Para os responsáveis pelos pacientes, com os quais um novo contato não foi possível, foi considerado o termo de responsabilidade assinado por eles à época do primeiro atendimento.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Normas, Ética e Regulamentos do Hospital das Clínicas da FMUSP (ANEXO 6).

3.5. A coleta de dados

Realizou-se a revisão dos prontuários de todos os adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas desde julho de 1993 até julho de 2003 e que compareceram à primeira consulta (caso novo), realizada por médicos residentes em Psiquiatria da Infância e da Adolescência do IPq-HC-FMUSP. Para tanto, o responsável por esta dissertação utilizou-se de questionário adaptado (ANEXO 7) a partir daquele estruturado para a coleta de informações da tese de doutorado da Dra. Sandra Scivoletto (ANEXO 8) (Scivoletto, 1997).

3.5.1. Variáveis sócio-demográficas

Informações sobre as características sócio-demográficas dos adolescentes, objetos desta dissertação de mestrado, foram obtidas diretamente dos prontuários médicos, considerando-se dados sobre:

- a) Sexo;
- b) idade (na ocasião da 1ª consulta);
- c) estado civil;
- d) escolaridade do adolescente;
- e) atraso escolar ;
- f) emprego regular ou não;
- g) nível de instrução dos pais;
- h) renda familiar.

3.5.2. Padrão de consumo de drogas

A coleta de informações sobre as características de consumo de drogas entre os adolescentes, realizada por médicos do ambulatório (assistente, colaborador e residentes) segue a estrutura do questionário (ANEXO 8) desenvolvido para a coleta de dados da Dra. Sandra Scivoletto (Scivoletto, 1997) desde o início do funcionamento do Ambulatório de Adolescentes e Drogas.

Isso facilitou a estruturação do formulário utilizado nesta dissertação (ANEXO 7) para obtenção de um histórico padronizado do uso de drogas, que considerou dados sobre:

- a) Tipos de drogas e padrões de consumo (uso na vida, uso no ano, uso no mês);
- b) Idade de início do uso de drogas;

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

- c) Circunstância em que se deu o primeiro uso (com amigos, família, namorado(a), sozinho);
- d) Motivos do primeiro uso de drogas;
- e) Idade em que procurou tratamento pela primeira vez.

3.5.3. Conseqüências do uso de drogas

Nesta pesquisa, foram considerados como conseqüências de uso de drogas somente o envolvimento em atividades ilegais e problemas escolares. As conseqüências selecionadas para esta pesquisa foram baseadas em estudo realizado por Giusti e colaboradores (2002), no qual se verificou que as principais conseqüências relatadas pelos adolescentes que procuravam tratamento, ou eram levados para o ambulatório por problemas relacionados ao uso de droga, ou eram na esfera comportamental e nas suas relações. Entretanto, as conseqüências cuja verificação é mais objetiva são aquelas referentes ao envolvimento em atividades ilegais e dificuldades escolares. Foram pesquisados nos prontuários dados sobre envolvimento em atos ilícitos, problemas com a polícia e dificuldades escolares (repetência, abandono dos estudos ou expulsão da escola).

3.5.4. Prevalência de comorbidades psiquiátricas

Para o diagnóstico de abuso e dependência de drogas e das comorbidades foram considerados os sintomas relatados pelo paciente e responsável legal, quando do atendimento e anotados em prontuário, bem como os diagnósticos considerados pelo profissional responsável. Os transtornos por uso de substâncias psicoativas e as comorbidades psiquiátricas foram codificadas segundo os critérios da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), visto ser este

sistema classificatório o utilizado para fins de codificação em prontuário no sistema público de saúde brasileiro.

Segundo este sistema, no que tange o transtorno de conduta, sua característica essencial é um padrão repetitivo e persistente de comportamento anti-social, agressivo ou desafiador. Tal comportamento, em seu extremo, deve alcançar violações importantes das expectativas sociais apropriadas à idade do indivíduo sendo, portanto, mais grave que travessuras infantis ou rebeldia normal na adolescência. Neste estudo, definiu-se **problemas de conduta na vida** como sendo a ocorrência, ao longo da vida, de pelo menos três dentre os seguintes problemas de conduta: atividades de roubo, histórico de prisão e tráfico de drogas. Estas três ocorrências foram selecionadas uma vez que são de constatação objetiva, cujo relato independe de interpretação de gravidade da atitude e são muito frequentes entre os usuários de drogas.

A utilização do diagnóstico iminentemente clínico para rastreamento de comorbidades psiquiátricas pode ser considerada fator limitante na identificação de transtornos psiquiátricos nesta população.

Giusti (2004), em estudo nesta mesma população comparando amostras submetidas ao diagnóstico clínico e ao questionário diagnóstico semi-estruturado K-SADS-PL (Kaufman e col, 1997), observou que houve maior prevalência de comorbidades em geral na amostra submetida ao questionário. Entretanto, o diagnóstico de abuso de múltiplas substâncias foi semelhante em ambas as amostras e não houve diferença estatisticamente significativa quanto à prevalência de transtorno de conduta, objeto de estudo desta dissertação.

Isto pode ser devido ao fato de o atendimento ser realizado em um ambulatório didático de um hospital escola, onde cada caso é discutido pelo profissional responsável pelo serviço. Além disso, os sintomas de transtornos externalizantes como transtornos por uso de substâncias, transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade são, freqüentemente, o principal motivo de encaminhamento a serviços especializados e os mais facilmente identificados em uma entrevista clínica.

O diagnóstico e as eventuais comorbidades de todos os pacientes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas eram discutidos em reuniões semanais pela equipe de residentes e psicólogos com supervisão da orientadora desta dissertação. Além disso, todos os pacientes foram avaliados pessoalmente pela Dra. Sandra Scivoletto para confirmação dos diagnósticos psiquiátricos identificados pelos médicos residentes ou colaboradores. Isto permitiu uma homogeneização dos diagnósticos realizados.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram descritas as características desta população através das variáveis: 1) idade; 2) sexo; 3) estado civil; 4) escolaridade do adolescente; 5) escolaridade dos pais ou responsáveis; 6) renda familiar; 7) tipo de droga consumida; 8) conseqüências psicossociais (atraso/evasão escolar, envolvimento com atividades ilegais); 9) diagnóstico do transtorno por uso de substâncias psicoativas.

Na seqüência, foi analisada a comorbidade transtorno de conduta segundo a presença de problemas de conduta, idade de início do uso de drogas e tipo de drogas consumidas.

Para a análise das comparações descritas acima, foram utilizados os testes *qui-quadrado* (Mehta et al. 1983) para o teste de associação entre presença de comorbidade e sexo. Foi utilizado um nível de significância (α) igual a 0,05 (5%). Utilizou-se o teste t de *Student* pareado para comparar média de idade do primeiro uso de cada droga com média de idade da primeira prisão, da prática do primeiro roubo e da prática do primeiro tráfico. Para comparar a média de idade da primeira ocorrência de prisão, roubo, tráfico e uso de drogas segundo diferentes diagnósticos foi utilizada a Análise de Variância, técnica também utilizada na comparação das médias de idade do primeiro uso de cada droga segundo a presença ou não de comorbidades psiquiátricas. Os mesmos testes foram feitos para verificar a existência de associações entre **problemas de conduta na vida** com gênero, tipos de substâncias consumidas, idade de início de consumo de cada substância, presença de outras comorbidades. Em todas as comparações, os testes utilizados foram bicaudais. Os intervalos de confiança foram calculados com a probabilidade de 95 %.

4. RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em cinco partes: 1) caracterização da população estudada; 2) características do uso de drogas; 3) conseqüências psicossociais do uso de drogas; 4) prevalência das comorbidades psiquiátricas; e, 5) análise da ocorrência de problemas de conduta segundo sexo, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas.

Visto que o questionário desenvolvido para a coleta de dados faz parte de uma linha de pesquisa, muitas das informações obtidas não serão detalhadas por saírem do cerne desta dissertação. Desta forma, serão apresentados os dados pertinentes aos objetivos propostos para este trabalho.

4.1. Caracterização da população estudada

A amostra foi constituída de 187 adolescentes, dos quais 76,5% eram do sexo masculino. A idade média no início do tratamento ambulatorial foi de 15,4 anos com um desvio padrão de 1,4 anos, sendo que a maioria dos adolescentes apresentava-se na faixa etária entre 15 e 17 anos (74,9%) (Gráfico 1). Apenas uma paciente era amasiada (0,6%). Com relação a possuir emprego, 51,3% dos jovens possuíam alguma atividade de trabalho, regularizada ou não-regularizada (Tabela 4), no momento da avaliação inicial.

Gráfico 1

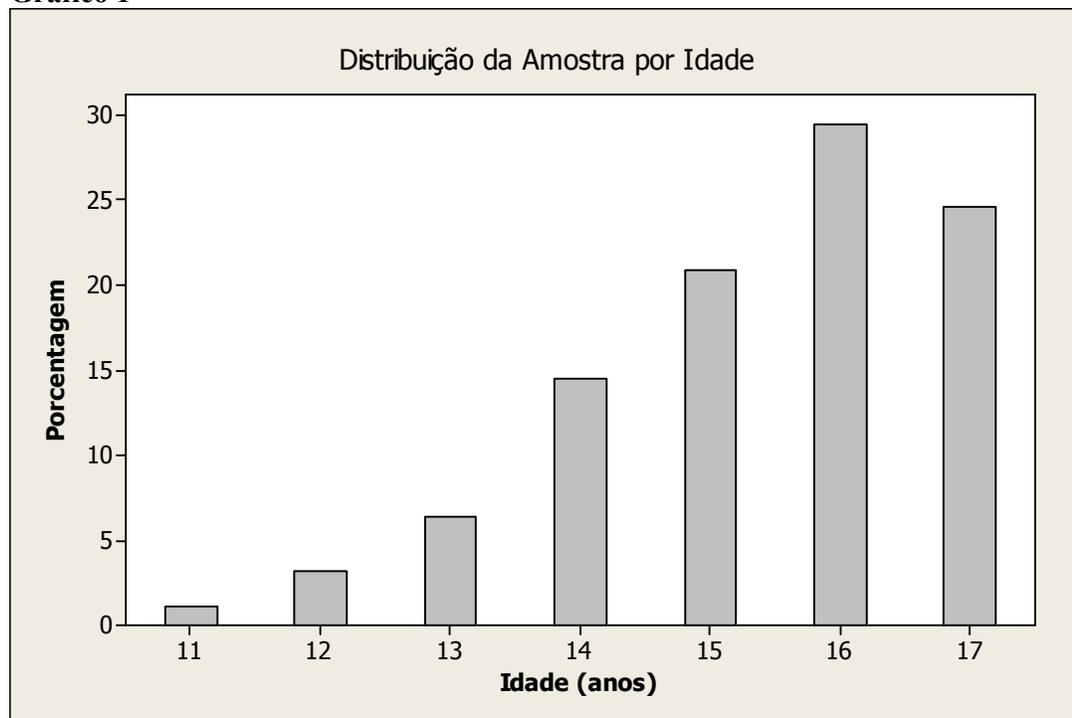


Tabela 4: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo sexo, idade, estado civil e desempenho de trabalho regular ou não, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	143	76,5
Feminino	44	23,5
Total	187	100,0
Faixa Etária		
11 anos	8	1,1
12 – 14 anos	45	24,0
15 – 17 anos	140	74,9
Total	187	100,0
Estado Civil		
Solteiro	179	99,4
Amasiado	1	0,6
Total	180	100,0
Emprego Regular ou Não-Regular (“bicos”)		
Sim	79	51,3
Não	75	48,7

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

No que diz respeito à renda familiar, 76,5% dos prontuários não apresentavam dados disponíveis. Dos 43 prontuários que possuíam dados sobre a renda familiar, dois apresentaram renda de R\$ 8.000,00. A Tabela 5 mostra as medidas descritivas da amostra como um todo e com a exclusão dessas duas famílias. Embora houvesse a intenção de se seguir o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2000), o qual segmenta a população segundo outros critérios além da renda familiar média, tais como posse de determinados bens e grau de instrução do chefe de família, o mesmo não foi possível de ser realizado diante da indisponibilidade de dados nos prontuários pesquisados.

Tabela 5: Medidas descritivas da renda familiar dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Medida	Amostra Total	Excluindo dados discrepantes
N	43	41
Média	R\$ 1376	R\$ 1053
Mediana	R\$ 938	R\$ 900
Mínimo	R\$ 250	R\$ 250
Máximo	R\$ 8000	R\$ 3000
Desvio Padrão	R\$ 1634	R\$ 709

Número de casos ausentes: 134

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 53,2% dos adolescentes freqüentavam o segundo nível do ensino fundamental (entre 5ª e 8ª séries) e somente um adolescente (0,6%) estava freqüentando curso pré-vestibular/faculdade (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo o grau de escolaridade, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Grau de Instrução	Frequência	Porcentagem
Nunca foi à escola	1	0,6
1ª ou 2ª série do Ensino Fundamental	4	2,4
3ª ou 4ª série do Ensino Fundamental	17	10,2
5ª ou 6ª série do Ensino Fundamental	43	25,7
7ª ou 8ª série do Ensino Fundamental	46	27,5
1º ano do Ensino Médio	33	19,8
2º ano do Ensino Médio	16	9,6
3º ano do Ensino Médio	6	3,6
Curso pré-vestibular ou Faculdade	1	0,6
Total	167	100,0

Número de casos ausentes: 20

Já entre os pais, 50,5% possuíam o ensino fundamental, completo ou não, e 12,6% deles haviam frequentado um curso superior (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição da frequência e porcentagem dos pais dos adolescentes, segundo o grau de escolaridade, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Instrução dos Pais	Frequência	Porcentagem
Ensino Fundamental Incompleto	43	41,8
Ensino Fundamental Completo	9	8,7
Ensino Médio Incompleto	8	7,8
Ensino Médio Completo	30	29,1
Superior	13	12,6
Total	103	100,0

Número de casos ausentes: 84

4.2. Características do uso de drogas

Com relação às características do uso de drogas, observou-se que os jovens em atendimento ambulatorial fizeram uso das seguintes substâncias: álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, inalantes, benzodiazepínicos e alucinógenos.

Tabela 8: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo o uso de droga na vida, no ano e no mês, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003 (n = 187).

Drogas	Uso na Vida		Uso no Ano		Uso no Mês	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Álcool	145	95,4	88	79,2	66	60,0
Maconha	163	90,6	125	83,9	95	62,0
Tabaco	101	82,8	82	90,1	77	82,0
Cocaína	110	65,1	72	54,9	37	28,0
Inalantes	83	52,0	29	31,5	13	13,3
Crack	85	51,2	56	47,9	33	28,0
Alucinógenos	19	12,8	*	*	*	*
Benzodiazepínicos	8	5,5	*	*	*	*
Drogas Endovenosas	5	3,2	*	*	*	*

* Dados não disponíveis nos prontuários

A droga mais freqüentemente consumida na vida foi o álcool seguido da maconha e do tabaco. Entretanto, é interessante notar que no uso no ano e no mês, dentre as drogas lícitas, o consumo de tabaco superou o de álcool. Quanto às drogas ilícitas, a maconha é, em todos os padrões de consumo, a droga mais usada entre os jovens desta população, seguida da cocaína (Tabela 8).

A curiosidade foi o principal motivo alegado para o primeiro consumo na vida, o qual ocorreu, na maioria dos casos, com amigos (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo motivos do primeiro consumo de drogas e circunstância em que se deu esse uso, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Motivo do Primeiro Uso	Nº	%
Para experimentar / curiosidade	126	84,0
Para ir de acordo com o grupo (“ficar enturmado”)	10	6,8
Para sair da monotonia, “da chatice”	2	1,3
Para sentir os efeitos, “me estimular”, “relaxar”	2	1,3
Como auto-medicação, para aliviar a tristeza, desânimo	6	4,0
Para aliviar sintomas de abstinência	2	1,3
Outros	2	1,3
Total	150	100,0

Circunstância em que se deu o primeiro uso	Nº	%
Sozinho	11	6,7
Com amigos	133	81,2
Com irmãos / primos	11	6,7
Outros familiares	3	1,8
Estranhos	3	1,8
Outros	3	1,8
Total	164	100,0

Nas tabelas 10.1, 10.2 e 10.3 encontram-se a média de idade e o desvio padrão da experimentação, do uso regular e do início dos problemas com o uso de drogas. A média de idade em que esses jovens fizeram uso de alguma droga ilícita pela primeira vez foi de 13,1 anos, com desvio padrão de 1,7 anos. Observou-se que a primeira droga consumida pelos adolescentes foi o álcool, seguido do tabaco. Dentre as substâncias ilícitas, a maconha e os inalantes ocuparam o primeiro lugar, seguidas da cocaína e do crack e, por fim, dos alucinógenos (Tabela 10.1).

Tabela 10.1: Distribuição da média e desvio padrão da idade (em anos), segundo início de experimentação de drogas, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Drogas	Uso pela primeira vez	
	Média	Desvio Padrão
Álcool	11,9	2,6
Tabaco	12,4	1,9
Maconha	13,3	1,6
Inalantes	13,3	1,9
Crack	14,1	1,9
Cocaína	14,2	1,4
Alucinógenos	14,7	1,5

Tabela 10.2: Distribuição da média e desvio padrão da idade (em anos), segundo início do uso regular de drogas, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Drogas	Uso regular	
	Média	Desvio Padrão
Tabaco	13,0	1,4
Inalantes	13,2	2,0
Maconha	13,4	1,4
Álcool	13,9	1,7
Crack	14,3	1,7
Cocaína	14,4	1,1
Alucinógenos		*

* Dados não disponíveis nos prontuários

Tabela 10.3: Distribuição da média e desvio padrão da idade (em anos), segundo início dos problemas pelo uso de drogas, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Drogas	Início de problemas	
	Média	Desvio Padrão
Álcool	13,4	2,1
Inalantes	13,5	2,2
Tabaco	13,6	1,9
Maconha	13,7	1,6
Crack	14,2	1,6
Cocaína	14,6	1,1
Alucinógenos		*

* Dados não disponíveis nos prontuários

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

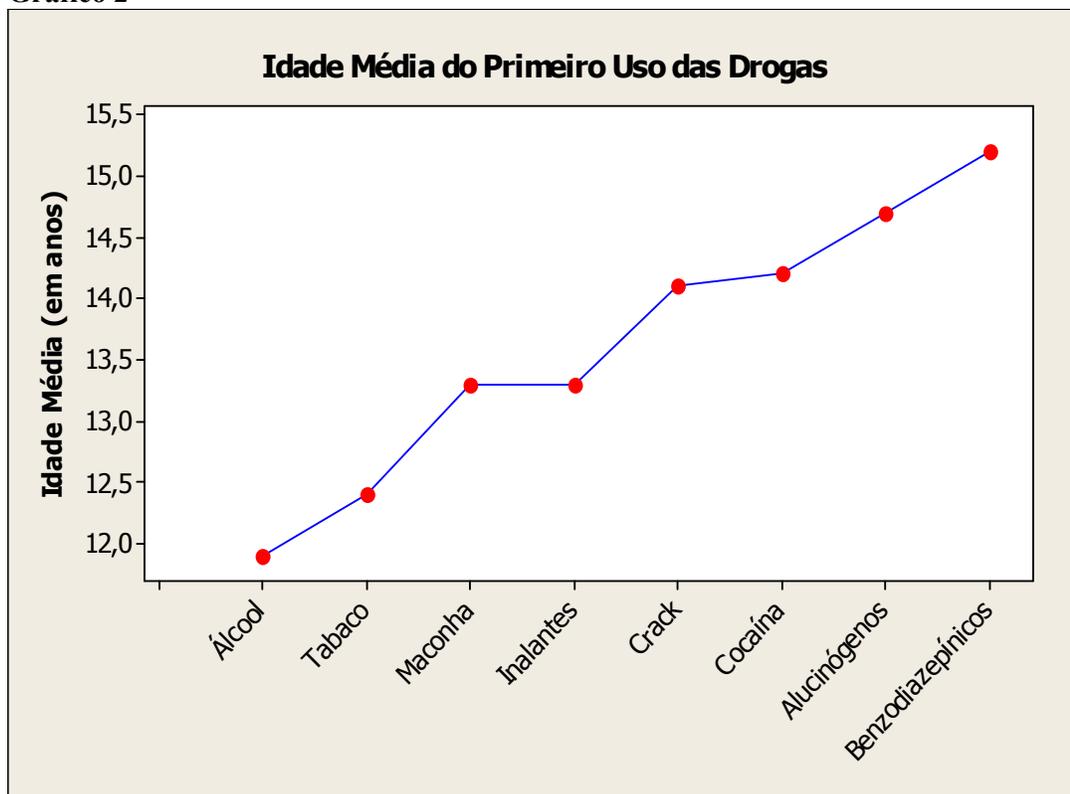
Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

O uso regular, por sua vez, ocorre em médias de idade muito próximas para tabaco, inalantes e maconha (13 anos, 13,2 anos e 13,4 anos, respectivamente). Curiosamente, a média de idade do início de problemas para o consumo de álcool é menor que a de uso regular.

Considerando-se a média de idade de primeiro uso de cada droga, observa-se, no gráfico 2, a evolução do uso de drogas nesta população.

Gráfico 2



4.3. Conseqüências psicossociais do uso de drogas

As principais conseqüências psicossociais observadas entre os jovens atendidos dizem respeito às áreas escolar (faltas frequentes, expulsão, evasão escolar,

repetências, dificuldade de aprendizado, falta de motivação) e legal (envolvimento com roubo, tráfico de drogas e prisão/detenção).

4.3.1. Conseqüências escolares

Quanto à freqüência escolar no último ano em relação ao primeiro atendimento ambulatorial, 40,1% havia parado de estudar por volta dos 14,4 anos em média (desvio padrão de 1,7 anos) e 22,6% apresentavam faltas por uso de drogas (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição do número e porcentagem dos adolescentes, segundo a freqüência escolar no último ano em relação ao primeiro atendimento, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Freqüência Escolar	Nº	%
Nunca foi à escola	1	0,6
Freqüente regularmente	60	33,9
Falta por drogas	40	22,6
Falta por outros motivos	5	2,8
Parou de estudar	71	40,1
Total	177	100,0

Considerando-se a idade média de 15,4 anos quando do primeiro atendimento ambulatorial, era esperado que a maioria tivesse completado o ensino fundamental, o que ocorreu para apenas 19,8%.

Observou-se, assim, que o índice de algum atraso escolar foi de 68,9%, sendo que 24,3% já haviam repetido alguma série três ou mais vezes. Os motivos mais freqüentes alegados para as repetências foram faltas excessivas (20,3%), suspensões (17,6%) e falta de motivação (14,9%). Observou-se, ainda, que 31,0% dos adolescentes haviam sido “convidados a se retirar” (o que equivale a ser expulso) da escola pelo menos uma vez (Tabela 12).

Considerando-se que o uso regular de drogas lícitas ou ilícitas se dá aos 13 anos em média e que 40,1% dos jovens pararam de estudar por volta dos 14,4 anos, observa-se que a desistência dos estudos pode ser uma das conseqüências do consumo de substâncias psicoativas.

Tabela 12: Distribuição do número e porcentagem dos adolescentes, segundo o total de repetências escolares, motivo principal das repetências e presença de expulsão escolar no último ano em relação ao primeiro atendimento, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Número total de repetências	Nº	%
Nenhuma	46	31,1
1 ou 2 vezes	66	44,6
3 ou mais vezes	36	24,3
Total	148	100,0
Motivo principal para repetências	Nº	%
Nunca repetiu	46	31,1
Dificuldade de aprender	10	6,7
Faltas excessivas	30	20,3
Dificuldade de aprender e faltas excessivas	4	2,7
Suspensão	26	17,6
Falta de motivação	22	14,9
Não sabe referir	10	6,7
Total	148	100,0
Expulsão	Nº	%
Sim	39	31,0
Não	87	69,0
Total	126	100,0

4.3.2. Conseqüências legais

O uso de drogas estava associado ao envolvimento em atividades ilegais, conforme se observa na tabela 13.

Entre os adolescentes estudados, observou-se que 59% deles já havia praticado algum tipo de roubo ou furto alguma vez na vida. Ainda mais, 38,6% dos

adolescentes já havia sido preso ou detido e 32,3% possuía história pregressa de tráfico de drogas (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição do número e porcentagem dos adolescentes, segundo as conseqüências legais do uso de drogas, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Conseqüências Legais	Nº	%
Episódio de roubo		
Sim	98	59,0
Não	68	41,0
Total	166	100,0
Histórico de prisão/detenção		
Sim	63	38,6
Não	100	61,4
Total	163	100,0
História de tráfico de drogas		
Sim	50	32,3
Não	105	67,7
Total	155	100,0
Algum ato ilícito		
Não	56	33,1
Sim	113	66,9
Total	169	100,0

A média de idade em que ocorreu o primeiro roubo/furto foi de 13,8 anos (desvio padrão de 1,9 anos). O envolvimento com tráfico de drogas, por sua vez, ocorreu mais tardiamente, por volta dos 14,5 anos em média (desvio padrão de 1,3 anos). Em geral, a primeira prisão/detenção ocorreu em uma média de idade de 14,7 anos (desvio padrão de 1,5 anos).

A análise dos problemas de comportamento associados a atividades ilegais e a relação com uso de drogas serão discutidos adiante.

4.4. Descrição da população quanto ao diagnóstico de transtorno por uso de substâncias e da comorbidade existente

A tabela 14 apresenta a prevalência dos diagnósticos dos transtornos por uso de substâncias e das comorbidades psiquiátricas recebidos pelos adolescentes.

Tabela 14: Distribuição da prevalência dos diagnósticos, segundo o transtorno por uso de substâncias e a comorbidade psiquiátrica, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Diagnósticos Recebidos	Nº	%	Intervalo de Confiança (95%)
Transtornos por Uso de Substâncias			
Transtorno por uso de álcool	3	1,6	0,0 – 3,4
Transtorno por uso de canabinóides	71	38,1	31,0 – 44,9
Transtorno por uso de cocaína	33	17,7	12,2 – 23,1
Transtorno por uso de solventes/inalantes	7	3,7	1,0 – 6,5
Transtorno por uso de múltiplas substâncias	73	39,0	32,0 – 46,0
Total	187	100,0	
Comorbidades psiquiátricas			
Transtorno psicótico	5	2,7	0,4 – 5,0
Transtorno depressivo	45	24,1	17,9 – 30,2
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade	8	4,3	1,4 – 7,2
Transtorno de conduta	18	9,6	5,4 – 13,9
Sem comorbidades	111	59,3	
Total	187	100,0	

É importante ressaltar que todos os diagnósticos seguem os critérios definidos pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), a qual define o transtorno por uso de múltiplas substâncias como sendo a utilização de duas ou mais substâncias psicoativas, não sendo possível, entretanto, identificar qual substância contribui mais para os transtornos. No que diz respeito ao diagnóstico de transtorno por uso de múltiplas substâncias, observou-se que 27 adolescentes (37,0%) apresentaram abuso de duas substâncias (principalmente maconha e cocaína), 33 (45,2%) com três substâncias (maioria com uso de tabaco,

maconha e cocaína) e 13 (17,8%) com quatro substâncias (tabaco, maconha, cocaína e solvente as mais prevalentes) (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição da frequência e porcentagem do diagnóstico de transtorno por uso de múltiplas substâncias psicoativas, segundo a quantidade e os tipos de drogas envolvidas, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Número de drogas envolvidas nos diagnósticos de transtorno por uso de múltiplas substâncias	Tipos de drogas	N	%
Dois	Maconha e cocaína	21	77,8
	Maconha e solventes	3	11,1
	Álcool e maconha	1	3,7
	Tabaco e maconha	1	3,7
	Tabaco e cocaína	1	3,7
Três	Maconha, cocaína e solventes	6	18,2
	Tabaco, maconha e cocaína	21	63,7
	Tabaco, maconha e solventes	3	9,1
	Tabaco, álcool e cocaína	1	3,0
	Tabaco, cocaína e solventes	1	3,0
	Tabaco, álcool e maconha	1	3,0
Quatro	Tabaco, maconha, cocaína e solventes	9	69,2
	Álcool, maconha, cocaína e solventes	2	15,4
	Tabaco, álcool, maconha e cocaína	2	15,4

Quando se procura estratificar a droga específica de acordo com envolvimento com atividades ilegais, observa-se que 48% dos adolescentes com histórico de roubo, 44,4% daqueles com histórico de prisão e 56% dos que apresentam histórico de tráfico encontram-se em acompanhamento devido a problemas relacionados ao abuso de múltiplas substâncias psicoativas.

Já os diagnósticos psiquiátricos comórbidos mais frequentes foram os transtornos depressivos (24,1%), os transtorno de conduta (9,6%) e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (4,3%).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Analisando-se o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas conforme o diagnóstico de transtorno por uso de substâncias psicoativas, observa-se que três adolescentes apresentam transtorno por uso de álcool em comorbidade com transtorno depressivo. Entretanto, esse número é muito pequeno para maiores conclusões. Com relação aos demais diagnósticos comórbidos, não houve diferenças na distribuição em relação ao tipo de droga consumida (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição da frequência e porcentagem dos diagnósticos de comorbidades psiquiátricas, segundo os diagnósticos de transtornos por uso de substâncias dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

	Transt. psicótico	Transt. depressivo	TDAH	Transt. conduta	Nenhum	Total
Transtorno por uso de álcool	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Transtorno por uso de canabinóides	3 (4,2)	20 (28,2)	3 (4,2)	9 (12,7)	36 (50,7)	71 (100,0)
Transtorno por uso de cocaína	0 (0,0)	4 (12,1)	0 (0,0)	2 (6,1)	27 (81,8)	33 (100,0)
Transtorno por uso de solventes	0 (0,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (71,4)	7 (100,0)
Transtorno por uso de múltiplas drogas	2 (2,7)	16 (21,9)	5 (6,9)	7 (9,6)	43 (58,9)	73 (100,0)
Total	5 (2,7)	45 (24,1)	8 (4,3)	18 (9,6)	111 (59,3)	187 (100,0)

Na tabela a seguintes, tem-se as medidas descritivas de idade para primeiro roubo, primeira prisão e primeiro tráfico, segundo o diagnóstico de comorbidade psiquiátrica recebido (Tabela 17), bem como são descritas a média, desvio padrão e

mediana das idades dos adolescentes segundo a comorbidade psiquiátrica apresentada e início do uso de drogas (Tabela 18).

Tabela 17: Medidas descritivas da idade (em anos), segundo prática do primeiro roubo, primeira prisão/detenção e prática do primeiro tráfico e comorbidade psiquiátrica, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Comorbidade psiquiátrica	n	Média	Desvio padrão (dp)	Mín.	Mediana	Máx.
Primeiro episódio de roubo						
Transtorno de conduta	14	12,9	1,7	10	13	17
TDAH	3	13,3	1,5	12	13	15
Sem comorbidade	54	13,9	1,9	7	14	17
Transtorno depressivo	14	14,4	1,6	12	15	17
Transtorno psicótico	2	15,0	1,4	14	15	16
Primeiro episódio de prisão/detenção						
Transtorno depressivo	8	13,9	1,9	11	14	16
TDAH	2	14,5	3,5	12	14,5	17
Transtorno de conduta	6	14,3	1,4	13	14	17
Sem comorbidade	36	14,9	1,4	12	15	17
Transtorno psicótico	1	16,0	-	16	16	16
Primeiro episódio de tráfico						
Transtorno de conduta	3	13,0	0,0	13	13	13
TDAH	4	14,3	2,2	12	14	17
Sem comorbidade	32	14,5	1,1	12	14,5	17
Transtorno depressivo	8	14,6	1,5	13	15	17
Transtorno psicótico	2	15,0	1,4	14	15	16

Tabela 18: Distribuição das medidas descritivas da média, desvio padrão e mediana das idades de início do uso de drogas, segundo a comorbidade, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas, jul/1993 a jul/2003.

Droga	Comorbidades	n	Média	dp	Mín.	Mediana	Máx.
Tabaco	Sem comorbidade	59	12,2	1,9	6	12	15
	Transtorno psicótico	3	14,3	0,6	14	14	15
	Transtorno depressivo	19	12,9	1,4	11	13	15
	TDAH	4	11,8	2,1	10	11,5	14
	Transtorno de conduta	7	11,9	2,7	6	13	14
Álcool	Sem comorbidade	64	11,5	2,9	3	12	16
	Transtorno psicótico	4	12,5	1,7	10	13	14
	Transtorno depressivo	26	12,3	2,3	6	12,5	15
	TDAH	3	13,0	1,7	11	14	14
	Transtorno de conduta	7	12,5	1,5	10	13	14
Maconha	Sem comorbidade	97	13,3	1,6	7	13	17
	Transtorno psicótico	5	14,0	1,0	13	14	15
	Transtorno depressivo	34	13,3	1,5	10	13	16
	TDAH	8	12,6	3,0	6	13	16
	Transtorno de conduta	14	12,9	1,1	11	13	15
Cocaína	Sem comorbidade	64	14,3	1,2	11	14	16
	Transtorno psicótico	3	15,3	0,6	15	15	16
	Transtorno depressivo	25	14,2	1,3	12	15	16
	TDAH	5	12,8	3,8	6	14	15
	Transtorno de conduta	7	13,4	1,0	12	13	15
Crack	Sem comorbidade	44	14,1	1,8	8	15	17
	Transtorno psicótico	2	16,0	0,0	16	16	16
	Transtorno depressivo	21	14,6	1,3	12	15	17
	TDAH	4	12,5	4,4	6	14,5	15
	Transtorno de conduta	7	12,9	1,7	10	14	14
Inalantes	Sem comorbidade	43	13,3	1,7	9	13	16
	Transtorno psicótico	2	14,5	0,7	14	14,5	15
	Transtorno depressivo	18	13,4	1,9	9	13	16
	TDAH	5	12,6	4,0	6	13	17
	Transtorno de conduta	8	13,5	1,5	10	14	15
Alucinógenos	Sem comorbidade	10	14,4	1,6	11	15	16
	Transtorno psicótico	0	-	-	-	-	-
	Transtorno depressivo	6	15,3	1,4	13	15,5	17
	TDAH	0	-	-	-	-	-
	Transtorno de conduta	2	14,0	0,0	14	14	14

Realizou-se, também, a comparação entre as médias das idades para os primeiros episódios de roubo, prisão e tráfico, bem como as médias de idade de primeiro uso de cada droga com os diferentes diagnósticos de comorbidade e observou-se que nenhuma diferença entre as médias foi detectada. Para tal foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA), cujos P-valores estão contidos na tabela 19. Não foi possível fazer o teste para idade do primeiro uso de benzodiazepínicos, pois a amostra possuía somente cinco adolescentes.

Tabela 19: Distribuição da freqüência e valores da análise de variância (ANOVA) da comparação entre as idades médias de início de atos ilícitos e de uso de drogas com as diferentes comorbidades psiquiátricas dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003.

Idade de início	N	P-valor
Atividades Ilícitas		
Primeiro roubo	86	0,169
Primeira prisão	52	0,403
Primeiro tráfico	43	0,532
Uso de drogas		
Primeiro uso de tabaco	91	0,150
Primeiro uso de álcool	103	0,588
Primeiro uso de maconha	157	0,560
Primeiro uso de cocaína	103	0,068
Primeiro uso de crack	77	0,051
Primeiro uso de inalantes	75	0,816
Primeiro uso de alucinógenos	17	0,409

4.5. Análise da ocorrência de problemas de conduta segundo sexo, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas

4.5.1. Problemas de conduta na vida e gênero

Conforme visto anteriormente, o transtorno de conduta nesta população foi o segundo mais prevalente (9,6%), embora esse número possa estar subestimado, devido à existência de ambulatórios específicos no Serviço de Psiquiatria da Infância

e da Adolescência. Além disso, tal diagnóstico é sempre realizado com muita cautela no Ambulatório de Adolescentes e Drogas visto ser muito estigmatizante, muitas vezes mais do que o diagnóstico de transtorno por uso de drogas.

No entanto, quando se inclui os critérios para problemas de conduta na vida, a prevalência do diagnóstico de transtorno de conduta na população estudada aumenta para 65,2% (intervalo de confiança de 58,4% – 72,0%, com coeficiente de confiança de 95%).

Quando se compara a distribuição de problemas de conduta na vida por sexo, pode-se notar que os meninos apresentam uma prevalência dessa ocorrência maior do que a das meninas, com uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 20).

Tabela 20: Distribuição da frequência e porcentagem de problemas de conduta na vida, segundo o sexo, dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003

Sexo	Problemas de conduta na vida		Total
	Não	Sim	
Masculino	42 (29,4%)	101* (70,6%)	143 (100,0%)
Feminino	23 (52,3%)	21 (47,7%)	44 (100,0%)
Total	65 (34,7%)	122 (65,2%)	187 (100,0%)

* teste χ^2 , p = 0,005

4.5.2. Problemas de conduta na vida, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas

Comparando a idade de início do uso de drogas com a idade de início de atividades ilícitas, observou-se que, em termos gerais, tabaco, álcool, maconha e cocaína são usados antes do primeiro roubo. O oposto ocorre com crack e alucinógenos. Quanto aos inalantes, o número de jovens que primeiro fizeram uso da

droga e depois roubaram e o número dos que primeiro roubaram para depois usar a droga foi aproximadamente igual. Para benzodiazepínicos nada se pôde concluir uma vez que, na amostra, somente uma pessoa apresentou dados sobre a idade do primeiro uso e do primeiro roubo.

Dentre os adolescentes cujo uso da droga precedeu a prática de roubo, a proporção foi maior para álcool (69,5%), tabaco (61,5%) e maconha (60,5%). Quanto àqueles que praticaram o primeiro roubo antes do primeiro uso de drogas, a proporção maior foi para crack (30,0%) e alucinógenos (58,4%). Quanto aos inalantes, não se observou diferenças entre os que usaram a droga primeiro (37,5%) e os que roubaram primeiro (30,0%).

Quanto ao envolvimento com tráfico de drogas, percebeu-se que, em termos gerais, o uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína e inalantes o precederam. O oposto ocorreu com crack e alucinógenos. Para benzodiazepínicos, não foi possível fazer distinção.

Em termos gerais, tabaco, álcool, maconha, cocaína e inalantes foram usados antes da primeira prisão. O oposto ocorreu com alucinógenos. Para o crack, o número de jovens que primeiro fizeram uso da droga e depois foram presos e o número nos quais ocorreu o inverso foi aproximadamente igual. Para benzodiazepínicos também não foi possível analisar diferenças.

Realizou-se testes de comparação entre a média de idade do primeiro uso da droga com a média de idade do primeiro roubo, primeiro tráfico e primeira prisão para aqueles que fizeram uso de droga (teste t pareado), que confirmou os resultados anteriormente descritos. Para a realização dos testes de comparação, foi assumida distribuição normal para as idades

Na tabela 21, tem-se a descrição das médias, desvios padrões e medianas das idades de início do uso de drogas entre adolescentes com problemas de conduta na vida. Pode-se observar que as médias de idade de início de drogas entre estes adolescentes, bem como os tipos de drogas consumidas não diferem das idades médias da amostra total de todos os adolescentes (Tabela 10). Cronologicamente, a primeira droga consumida foi o álcool (11,7 anos), seguido do tabaco (12,4 anos), maconha (13,2 anos), inalantes (13,5 anos), crack e cocaína (14,2 anos) e, por fim, alucinógenos (14,5 anos).

Tabela 21: Distribuição das medidas descritivas da média, desvio padrão e mediana das idades de início do uso de drogas, segundo o tipo de droga consumida, dos adolescentes com problemas de conduta na vida atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Álcool	73	11,7	2,7	3	12	16
Tabaco	68	12,4	2,0	6	13	15
Maconha	106	13,2	1,5	7	13	17
Inalantes	53	13,5	1,6	10	14	16
Crack	65	14,2	1,7	8	15	17
Cocaína	80	14,2	1,1	11	14	16
Alucinógenos	14	14,5	1,6	11	15	16

Ao se analisar a idade de início do uso de drogas com a idade de início de atividades ilícitas, observa-se que, em termos gerais, tabaco, álcool, maconha e cocaína são usados antes do primeiro roubo. O oposto ocorre com crack e alucinógenos. Quanto aos inalantes, o número de jovens que usam primeiro a droga e depois roubam e o número dos que primeiro roubam para depois usar a droga é aproximadamente igual. Para benzodiazepínicos nada se pode concluir uma vez que, na amostra, somente uma pessoa apresenta dados sobre a idade do primeiro uso e do primeiro roubo.

pdfMachine

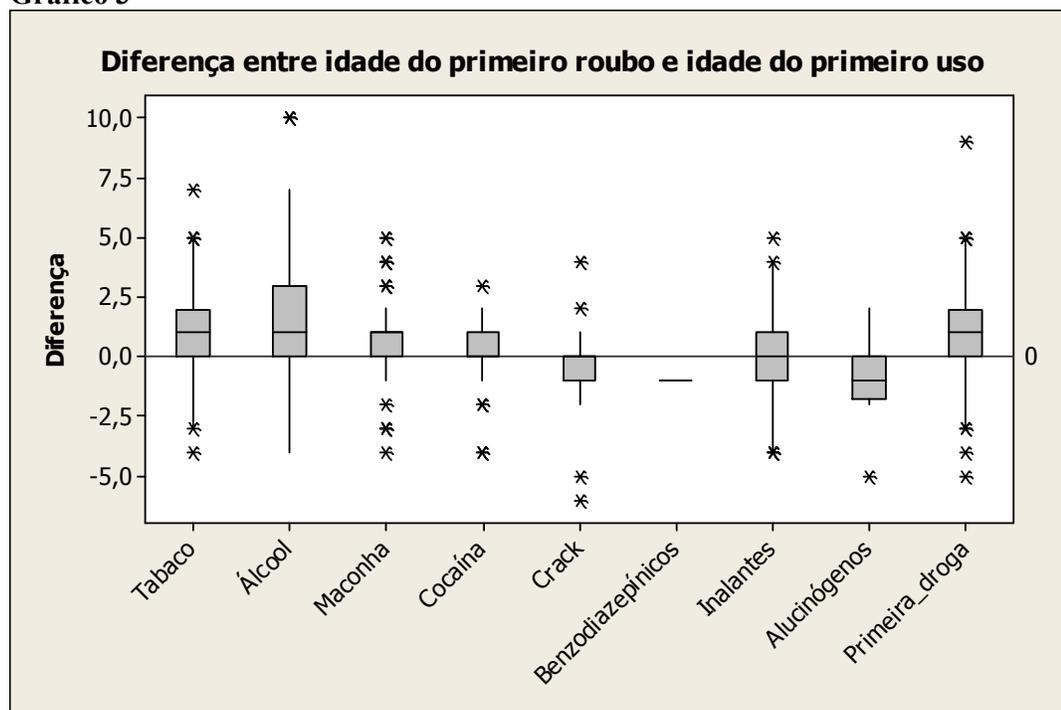
Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

O gráfico 3 mostra os boxplot's da diferença entre a idade com que o adolescente praticou o primeiro roubo e a idade com que fez uso da droga. Uma maior concentração acima do valor zero significa que um número maior de jovens primeiro fez uso da droga e depois roubou. Valores abaixo do zero indicam o oposto.

Gráfico 3



Essas afirmações são confirmadas pelas informações contidas nas tabelas seguintes. Na tabela 22 observa-se que, dentre os adolescentes cujo uso da droga precedeu a prática de roubo, a proporção foi maior para álcool (69,5%), tabaco (61,5%) e maconha (60,5%). Quanto àqueles que praticaram o primeiro roubo antes do primeiro uso de drogas, a proporção maior foi para crack (30,0%) e alucinógenos (58,4%). Quanto aos inalantes, não se observam diferenças entre os que usam a droga primeiro (37,5%) e os que roubam primeiro (30,0%).

Tabela 22: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo a cronologia do uso de drogas e roubo, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003

Droga	Usaram a droga antes de roubar	Roubaram antes de usar a droga	Usaram a droga e roubaram com a mesma idade	Total
Tabaco	32 (61,5%)	9 (17,3%)	11 (21,2%)	52 (100,0%)
Álcool	41 (69,5%)	6 (10,2%)	12 (20,3%)	59 (100,0%)
Maconha	46 (60,5%)	9 (11,9%)	21 (27,6%)	76 (100,0%)
Cocaína	18 (29,0%)	9 (14,5%)	35 (56,5%)	62 (100,0%)
Crack	6 (12,0%)	15 (30,0%)	29 (58,0%)	50 (100,0%)
Benzodiazepínicos	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Inalantes	15 (37,5%)	12 (30,0%)	13 (32,5%)	40 (100,0%)
Alucinógenos	1 (8,3%)	7 (58,4%)	4 (33,3%)	12 (100,0%)

Realizando-se testes de comparação entre a idade média do primeiro uso da droga e a idade média do primeiro roubo, para aqueles que fizeram uso de droga (teste t pareado), observou-se que a idade média do primeiro roubo é maior do que as idades médias do primeiro uso de tabaco, álcool e maconha. Estes dados estão apresentados na tabela 23. Para a realização dos testes de comparação, foi assumida distribuição normal para as idades, importante para os testes com pequenas amostras.

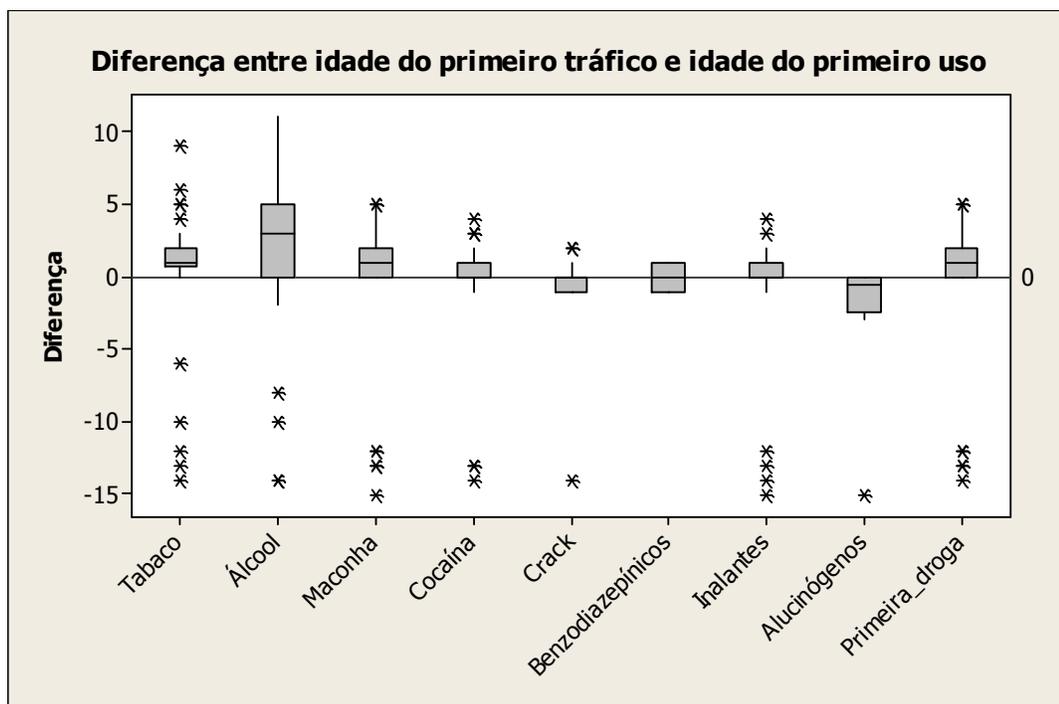
Tabela 23: Testes de hipóteses de igualdade das médias de idade (em anos) de primeiro uso e de primeiro roubo dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas, jul/1993 a jul/2003.

Droga	N	Média de idade do primeiro roubo	Média de idade do primeiro uso	Diferença entre as médias	P-valor
Tabaco	52	13,6	12,5	1,1	0,000
Álcool	59	13,8	11,8	2,0	0,000
Maconha	76	13,8	13,0	0,8	0,000
Cocaína	62	14,3	14,2	0,1	0,507
Crack	50	13,9	14,2	-0,3	0,118
Benzodiazepínicos	1	-	-	-	-
Inalantes	40	13,8	13,7	0,1	0,734
Alucinógenos	12	14,0	14,9	-0,9	0,085

(-) dados não disponíveis

Quanto à atividade de tráfico de drogas, observando-se o gráfico 4 percebe-se que, em termos gerais, o uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína e inalantes a precedem. O oposto ocorre com crack e alucinógenos. Para benzodiazepínicos, o número de jovens que usam primeiro a droga e depois praticam o tráfico e o número dos que primeiro praticam o tráfico para depois usar a droga é igual, mas é importante observar que a amostra tem somente três adolescentes. Tais conclusões são confirmadas pelas informações contidas nas Tabelas 24 e 25.

Gráfico 4



A Tabela 24 mostra a proporção de adolescentes cujo uso de drogas precedeu o tráfico de drogas, a proporção de adolescentes cuja atividade de tráfico de drogas precedeu o uso de substâncias psicoativas e a proporção dos que praticaram tráfico e usaram a droga pela primeira vez com a mesma idade.

Os resultados dos testes de comparação entre a idade média do primeiro uso da droga e a idade média do primeiro tráfico, para aqueles que fizeram uso de droga (teste t pareado) não detectou qualquer diferença entre as idades médias (Tabela 25). Para a realização dos testes foi assumida distribuição normal para as idades, importante para os testes com pequenas amostras.

Tabela 24: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo a cronologia do uso de drogas e tráfico, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003 .

Droga	Uso da droga antes do tráfico	Tráfico antes do uso da droga	Tráfico e uso de droga com a mesma idade	Total
Tabaco	29 (76,3%)	5 (13,2%)	4 (10,5%)	38 (100,0%)
Álcool	27 (69,2%)	8 (20,5%)	4 (10,3%)	39 (100,0%)
Maconha	24 (55,8%)	5 (11,6%)	14 (32,6%)	43 (100,0%)
Cocaína	15 (39,5%)	7 (18,4%)	16 (42,1%)	38 (100,0%)
Crack	5 (17,8%)	8 (28,6%)	15 (53,6%)	28 (100,0%)
Benzodiazepínicos	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	3 (100,0%)
Inalantes	9 (34,6%)	5 (19,2%)	12 (46,2%)	26 (100,0%)
Alucinógenos	0 (0,0%)	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (100,0%)

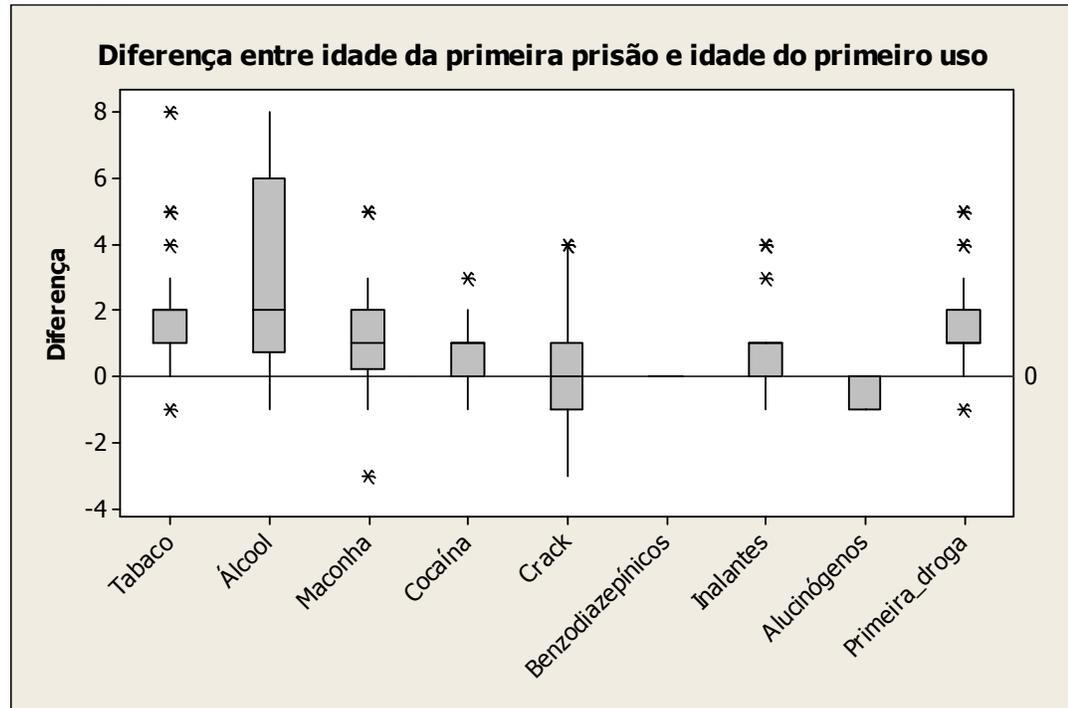
Tabela 25: Testes de hipóteses de igualdade das médias de idade (em anos) de primeiro uso e de primeiro tráfico (em anos) dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003

Droga	N	Idade média do primeiro tráfico	Idade média do primeiro uso	Diferença entre as médias	P-valor
Tabaco	38	12,6	12,2	0,4	0,648
Álcool	39	13,0	11,2	1,8	0,052
Maconha	43	12,8	13,2	-0,4	0,592
Cocaína	38	13,3	13,8	-0,5	0,418
Crack	28	14,0	14,5	-0,5	0,348
Benzodiazepínicos	3	14,0	14,0	0,0	1,000
Inalantes	26	12,3	13,8	-1,5	0,153
Alucinógenos	8	12,6	15,1	-2,5	0,212
Primeira droga	48	13,0	13,2	-0,2	0,726

Por fim, observou-se que, em termos gerais, tabaco, álcool, maconha, cocaína e inalantes são usados antes da primeira prisão. O oposto ocorre com alucinógenos. Para o crack, o número de jovens que usam primeiro a droga e depois são presos e o número dos que primeiro são presos para depois usar a droga é aproximadamente igual. Para benzodiazepínicos nada se pode concluir uma vez que, na amostra,

somente uma pessoa apresenta dados sobre a idade do primeiro uso e do primeiro roubo (Gráfico 5).

Gráfico 5



Tais dados são confirmados pelas informações contidas nas tabelas seguintes.

A Tabela 26 mostra, dentre os que usaram a correspondente droga, a proporção de adolescentes de fizeram uso da droga com idade inferior à idade com que foram presos pela primeira vez, a proporção de adolescentes que primeiro foram presos e depois fizeram uso da droga e a proporção dos que foram presos e usaram a droga pela primeira vez com a mesma idade.

Tabela 26: Distribuição da frequência e porcentagem dos adolescentes, segundo cronologia do uso de drogas e prisão, atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003 .

Droga	Uso de drogas antes da prisão	Prisão antes do uso de drogas	Prisão e uso de drogas com a mesma idade	Total
Tabaco	22 (78,6%)	1 (3,6%)	5 (17,8%)	28 (100,0%)
Álcool	23 (76,6%)	2 (6,7%)	5 (16,7%)	30 (100,0%)
Maconha	33 (75,0%)	3 (6,8%)	8 (18,2%)	44 (100,0%)
Cocaína	20 (60,6%)	3 (9,1%)	10 (30,3%)	33 (100,0%)
Crack	12 (38,7%)	8 (25,8%)	11 (35,5%)	31 (100,0%)
Benzodiazepínicos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)
Inalantes	11 (52,4%)	4 (19,0%)	6 (28,6%)	21 (100,0%)
Alucinógenos	0 (0,0%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)

A Tabela 27 mostra os resultados dos testes de comparação entre a idade média do primeiro uso da droga e a idade média da primeira prisão, para aqueles que fizeram uso de droga (teste t pareado). Para a realização dos testes foi assumida distribuição normal para as idades. Observou-se que a idade média da primeira prisão é maior do que as idades médias do primeiro uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína e inalantes.

Tabela 27: Testes de hipóteses de igualdade das médias de idade (em anos) de primeiro uso e da primeira prisão (em anos) dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas (IPq-HC-FMUSP) no período de julho de 1993 a julho de 2003

Droga	N	Idade média da primeira prisão	Idade média do primeiro uso	Diferença entre as médias	P-valor
Tabaco	28	14,4	12,5	1,9	0,000
Álcool	30	14,5	11,6	2,9	0,000
Maconha	44	14,6	13,3	1,4	0,000
Cocaína	33	14,8	14,1	0,7	0,000
Crack	31	14,6	14,4	0,2	0,401
Benzodiazepínicos	-	-	-	-	-
Inalantes	21	14,3	13,4	0,8	0,025
Alucinógenos	5	15,0	15,4	-0,4	0,178

(-) dados não disponíveis

5. DISCUSSÃO

Os resultados serão discutidos em cinco partes: 1) características da população; 2) características do uso de drogas; 3) conseqüências psicossociais do uso de drogas; 4) diagnósticos dos transtornos por uso de substâncias psicoativas e das comorbidades psiquiátricas; e, 5) transtorno de conduta na vida e relação com consumo de drogas.

5.1. Características da população

A maioria dos adolescentes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do GREA-IPq-HC-FMUSP, no período de julho de 1993 a julho de 2003, era do sexo masculino, em uma proporção entre meninos e meninas de 3,25:1. Giusti (2004), estudando a população de adolescentes do ambulatório objeto desta dissertação, por um período de 8 anos (de julho de 1993 a julho de 2001), também encontrou predomínio do sexo masculino, numa proporção de 4,4:1. Diferenças semelhantes foram encontradas em estudos internacionais (Dupre e col, 1995; Report, 2002). Tal fato poderia ser explicado pela hipótese de que as adolescentes consomem menos drogas que os meninos, como ocorre na população adulta em relação ao consumo de drogas ilícitas (Carlini e col, 2001). Além disso, dados do estudo epidemiológico nacional sobre uso de drogas entre estudantes de ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras (Galduróz e col, 2005) também encontraram que os meninos apresentavam maior prevalência de uso de drogas ilícitas que as meninas, corroborando aquela hipótese.

A grande representatividade de adolescentes do sexo masculino na amostra deve ser levada em conta na interpretação dos dados globais. Este fato pode influir

negativamente no poder do teste estatístico, uma vez que a prevalência de determinadas comorbidades são influenciadas pela variável gênero. Sendo assim, os resultados devem ser interpretados com cautela, visto que as conclusões válidas para o sexo masculino não são, necessariamente, validas para o sexo oposto. Entretanto, isto não diminui a importância da descrição do padrão de consumo de drogas, conseqüências e comorbidades psiquiátricas nesta população.

Giusti e colaboradores (2002), ao analisar as diferenças de gênero na população de adolescentes atendidos neste mesmo serviço, não encontraram diferenças estatisticamente significativas para a idade de início do tratamento, tipos de drogas utilizadas, idade do primeiro uso de drogas, com quem utilizaram drogas pela primeira vez e a prática de atos ilícitos. Por outro lado, os adolescentes homens envolveram-se mais com a polícia e apresentaram, com maior frequência, atraso escolar do que as mulheres.

Até 2004, os estudos disponíveis não demonstravam diferenças significativas entre gêneros nas prevalências de uso de drogas na população em geral e entre estudantes, o que não corresponde ao menor predomínio masculino nos tratamentos (Scivoletto, 1997; Giusti, 2004). Assim, Scivoletto (1997) e Giusti (2004) não atribuíram importância para a influência da maior procura do tratamento por jovens do sexo masculino.

No entanto, Galduróz e colaboradores (2005), no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Médio e Fundamental da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, encontraram que estudantes do sexo masculino com idade superior a 10 anos apresentavam prevalências superiores às das jovens para uso na vida, no ano, no mês e freqüente de

drogas ilícitas. Por outro lado, as estudantes do sexo feminino apresentaram prevalências de uso na vida superiores aos dos homens de anfetamínicos e ansiolíticos.

Estes dados são diferentes dos encontrados em estudos anteriores nesta mesma população (Galduróz e col, 1994; Galduróz e col, 1997), nos quais não foram evidenciadas diferenças entre gêneros quanto ao consumo de drogas entre jovens nesta faixa etária no Brasil. Esta diferença pode estar relacionada a uma mudança no padrão de consumo de drogas entre os jovens ou devido à ampliação da quantidade de cidades abrangidas pela pesquisa.

Alguns estudos mostram que serviços públicos para atendimento a adolescentes são mais procurados por homens (Dupre e col, 1995; Scivoletto, 1997; Silva, Aguiar, Felix e col, 2003; Giusti, 2004). Tais achados podem ser explicados pelas diferenças de padrões de consumo de drogas entre os gêneros, o que acarretaria em uma maior procura por tratamento entre os meninos (Scivoletto, 1997).

A média de idade de início de tratamento (15,4 anos) foi semelhante às encontradas em estudos nacionais e norte-americanos (Scivoletto, 1997; Rounds-Bryant et al. 1999; Wise e col, 2001; Giusti, 2004; Tomlinson e col, 2004). Entre jovens norte-americanos internados com diagnóstico de abuso ou dependência de drogas, a média de idade foi de 15,6 anos (Brown e col, 1989), bastante próxima à média encontrada neste trabalho. Adolescentes ingleses, por sua vez, iniciam tratamento especializado para problemas relacionados ao uso de drogas cerca de um ano mais tarde que os brasileiros (aos 16,7 anos em média) (Dupre e col, 1995), o que pode se dever ao fato dos jovens ingleses iniciarem o uso de drogas mais tardiamente (Aust, Sharp & Goulden, 2002).

No que diz respeito à classificação sócio-econômica, estudos epidemiológicos a tem incluído em suas análises para averiguar sua influência nos níveis de prevalência de consumo de substâncias psicoativas. Alguns desses estudos utilizam-se de indicadores sociais indiretos como renda familiar, nível educacional e local de moradia, por exemplo, numa tentativa de identificar indivíduos ou grupos de indivíduos segundo sua classe social. A utilização da renda familiar (Couto e col, 1981) é freqüente, embora apresente limitações pelo fato de muitos jovens desconhecerem a renda familiar ou mesmo a subestimar ou superestimar deliberadamente. Entende-se que o uso de substâncias psicoativas entre adolescentes é um fenômeno complexo e que não deve ser reduzido a uma faceta da dimensão social, mas é importante analisar como se dá o consumo de drogas segundo a classe sócio-econômica.

Estudos internacionais demonstram associação positiva entre disponibilidade de dinheiro e uso de drogas (Beutelspacher e col, 1994; Singh & Mustapha, 1994; Cardenal & Adell, 1995).

Muza e colaboradores (1997), em estudo entre estudantes de escolas públicas e privadas do interior de São Paulo, observaram que o uso de drogas ilícitas foi maior nas classes A e B.

Tavares e colaboradores (2001), por sua vez, realizando estudo entre estudantes de escolas públicas e particulares em uma cidade da região sul do Brasil, observaram que o consumo de álcool e tabaco não apresentavam diferenças significativas de uso na vida em relação às diferentes inserções sócio-econômicas.

Entretanto, o uso na vida de outras drogas em geral foi maior nas classes mais favorecidas economicamente.

Neste estudo, a renda familiar média foi de R\$ 1376,00, incluindo-se dois dados discrepantes que relatavam renda mensal de R\$ 8000,00. Excluindo-se tais dados, a renda média diminui para R\$ 1053,00. Havia a intenção, nesta dissertação, de se seguir o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2000), que tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas em termos de classes econômicas. Esta classificação segmenta a população segundo critérios tais como da renda familiar média, posse de determinados bens e grau de instrução do chefe de família. De acordo com ela, a distribuição da população brasileira seria a seguinte: 6% compreendida na classe A (1% na A1 e 5% na A2), 23% na B (9% na B1 e 14% na B2), 36% na C, 31% na D e 4% na classe E. Entretanto, devido ao pequeno número de dados disponíveis sobre renda familiar e instrução dos pais, bem como a inexistência de dados sobre posse de bens de consumo nos prontuários pesquisados, tal categorização não foi possível de ser realizada. Se fosse possível considerar somente a renda familiar média, a maioria da população atendida estaria compreendida entre as classes B2 e C (rendas médias entre R\$ 1669,00 e R\$ 927,00).

5.2. Características do uso de drogas

As principais drogas consumidas na vida entre os adolescentes estudados foram álcool (95,4%), maconha (90,6%), tabaco (82,8%), cocaína (65,1%), inalantes (52,0%) e crack (51,2%). Estudos epidemiológicos nacionais (Carlini e col, 2001; Noto e col, 2004; Galduróz e col, 2005) e internacionais (Johnston e col, 1989;

Kandel, 1992; SAMHSA, 2003; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2005) também evidenciam o álcool como a substância mais consumida na vida, independentemente da população estudada.

Curiosamente, o tabaco, que em estudos em populações não-clínicas é a segunda droga mais consumida na vida, aqui ocupa a terceira posição. O mesmo ocorreu com os inalantes, que neste estudo foi a terceira droga ilícita mais consumida, após a maconha e cocaína, diferente dos resultados encontrados no estudo de Galduróz e colaboradores (2005) entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, que encontrou os inalantes como a droga ilícita mais consumida. Uma possível explicação para este fato seria tratar-se de uma população clínica na qual o consumo de drogas ilícitas ocorre em taxas mais elevadas que na população geral, sendo o motivo de ingresso em programas de tratamento especializado, quer seja trazido pelos pais ou responsáveis, que representa a grande maioria dos casos, quer seja por procura espontânea, devido a problemas decorrentes deste uso. Ainda mais, tem ocorrido, nas últimas décadas, maior aceitação e conseqüente banalização do consumo de maconha, em parte devido à crença de que esta droga faria menos mal à saúde do indivíduo que o próprio tabaco, por tratar-se, no imaginário popular, de uma droga “natural”.

Por outro lado, outras drogas, apesar de muito consumidas pelos jovens, passam praticamente despercebidas aos olhos da população, possivelmente porque as conseqüências deste consumo demorem mais a aparecer, ou porque esteja relacionado a outros fatores como cultura familiar de auto-medicação ou descuido dos profissionais da saúde na prescrição e concessão desses medicamentos em nosso país. Neste grupo incluem-se os inalantes e também os medicamentos psicotrópicos,

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

especialmente ansiolíticos e anfetaminas. Com isso, são poucos os registros dos eventos ou conseqüências relacionadas a essas drogas nos meios de comunicação, fato este que pode refletir a pouca atenção destinada a elas pelos pais ou responsáveis, quando do encaminhamento para centros especializados de tratamento.

É importante salientar que adolescentes que procuram tratamento para abuso ou dependência de drogas geralmente fazem uso de múltiplas substâncias e isso não é diferente nesta população clínica, conforme observou Scivoletto (1997). Segundo esta autora, em estudo com parte desta mesma população objeto desta dissertação, observou-se que todos os adolescentes associavam o consumo de três a seis tipos diferentes de drogas. Tal padrão de consumo também foi verificado em outros centros de tratamento de adolescentes e não se modificou ao longo dos anos.

Considerando somente as idades de início de uso para cada droga, procurou-se elaborar um modelo descritivo da progressão do consumo. Assim, foi observado que a primeira droga consumida na vida foi o álcool (11,9 anos), seguido cronologicamente pelo tabaco (12,4 anos) e, posteriormente, por maconha e inalantes (13,3 anos). Seguiram-se, ainda, o crack (14,1 anos) e a cocaína (14,2 anos) e, por fim, os alucinógenos (14,7 anos). Esta seqüência é semelhante à descrita na literatura internacional, que mostra que os adolescentes iniciam o uso de drogas com substâncias lícitas (álcool e tabaco), seguidas pela maconha e outras substâncias ilícitas (Kandel, 1992).

Entre adolescentes ingleses, o início de uso de álcool ocorreu cerca de dois anos mais tarde (13,6 anos) quando comparado ao desta amostra e o início do uso de maconha (13,3 anos) foi idêntico ao encontrado neste estudo (Dupre e col, 1995).

A idade de início do uso de maconha influencia fortemente o início de uso das outras drogas ilícitas, principalmente se ele ocorre antes dos 16 anos entre os meninos ou antes dos 14 anos para as meninas. Isto pode aumentar a probabilidade de iniciar uso de outras substâncias ilícitas entre os 15 e 25 anos em 68% para o sexo masculino e 53% para o feminino (Yamaguchi & Kandel, 1984a).

Neste estudo, a curiosidade foi o principal motivo alegado para o primeiro consumo de drogas (84,0%), o qual ocorreu com amigos em 81,2% dos casos. Tais achados vão de encontro com as características da fase de desenvolvimento emocional e cognitivo na qual esses jovens se encontram.

A adolescência constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento. O jovem surpreendido entre a infância e a maturidade não atingida, costuma viver esses anos de sua vida como os mais conflituosos e conturbados. Esse é um período de novos tipos de amizades, do desabrochar da sexualidade, de interesses mutáveis e consciência incipiente. É um tempo de transição de um espaço na família para um espaço no mundo exterior: um tempo de ansiedade, receio e expectativa, do medo e da excitação em face do desconhecido.

Aberastury e Knobel (1986) agruparam, de forma didática, as características do desenvolvimento psicológico-emocional do adolescente na chamada *síndrome da adolescência normal*, como se segue:

- Busca de si mesmo e da identidade
- Separação progressiva dos pais
- Tendência grupal
- Desenvolvimento do pensamento abstrato; necessidade de intelectualizar e fantasiar

- Evolução da sexualidade
- Crises religiosas
- Vivência temporal singular
- Atitude social reivindicatória
- Constantes flutuações de humor
- Manifestações contraditórias de conduta

Os jovens iniciam uma busca constante de novos modelos. Nessa busca os adolescentes experimentam papéis, avaliando a reação que os mesmos provocam no ambiente. Existem, assim, constantes flutuações da identidade com aparecimento de identidades transitórias, ocasionais, circunstanciais, influenciadas pelos novos modelos de identificação (artistas, pensadores, religiosos, líderes políticos, professores, atletas ou seus próprios colegas). Estes são os elementos a partir dos quais o jovem procura encontrar seus próprios valores e características. Nessa busca de modelos identificatórios o jovem procura aproximar-se de seus ídolos, muitos deles inacessíveis, mas vividos pelo adolescente como muito próximos de si, seja em sua ilusão, seja em seus sentimentos (Aberastury e Knobel, 1986).

O jovem busca em seus novos modelos algo diferente. O quê ele não sabe, mas sua definição é que precisa ser algo novo. Tudo aquilo que for representativo dos modelos parentais fica abalado como valor personificado, ainda que temporariamente.

Durante essa procura formam-se os grupos, onde o que há de comum é o fato de todos estarem à procura de algo, de si mesmos. No grupo há uniformidade, uns se parecem com os outros e nisso se confortam. Vestem-se de forma parecida, usam a mesma linguagem, fumam, bebem ou chegam a usar alguma droga. Outros se

reúnem para atividades culturais ou sociais. Sofrem de angústias semelhantes e na indefinição é que se encontram, um é modelo para o outro. O grupo é, em última instância, um substituto da proteção parental, onde o jovem pode dar vazão a seus impulsos sexuais e agressivos e também expandir seu horizonte intelectual e social. Além disso é um meio através do qual ele atingirá a individuação (Aberastury e Knobel, 1986). Através do seu comportamento o adolescente expressa seu estado conflituoso. Suas atitudes são impulsivas e, freqüentemente, ele se expõe a situações de risco inerentes à vivência de situações inéditas, à necessidade de experimentação e satisfação da curiosidade e ao processo de formação de sua identidade adulta, agravado pelo fato de se sentir indestrutível, imune, “imortal”.

Vários são os fatores que levam um adolescente a usar drogas, lícitas ou ilícitas (Kandel e col, 1992; Kaminer, 1994; Dupre e col, 1995), porém cada caso apresenta influência maior de um ou de outro fator risco, sendo que os fatores envolvidos devem ser analisados em conjunto. Alguns fatores normalmente citados são: curiosidade, obtenção de prazer, relaxamento das tensões psicológicas, facilitação da sociabilização, influência do grupo, pressão social, isolamento social, dinâmica familiar, baixa auto-estima, manejo inapropriado da mídia na questão das drogas, influências genéticas, problemas alcoólicos em familiares, excessiva medicalização da sociedade, dentre outros.

A curiosidade natural dos adolescentes é um dos fatores internos de maior influência na experimentação de substâncias psicoativas. Esta curiosidade os impulsiona a experimentar novas sensações e prazeres. O jovem vive o presente, buscando realizações imediatas e os efeitos das drogas vão de encontro a esse perfil, proporcionando prazer passivo e imediato. Os adolescentes possuem ainda uma

“onipotência juvenil” que dificulta a avaliação dos riscos, vivendo a fantasia de que são invulneráveis. Além disso, o desejo de pertencer ou mostrar que é de algum grupo faz algumas pessoas, especialmente os adolescentes, usarem drogas que façam parte daquele grupo. Nesse sentido, estudos internacionais tem apontado a influência do grupo como sendo o principal determinante no início do consumo de drogas (Yamaguchi e Kandel, 1984b; Newcomb e col, 1986; Walter e col, 1993). Somem-se a isso fatores externos como opinião de amigos, aceitação do uso no ambiente, modelagem social (mundo adolescente como produto, reprodução do mundo adulto), fácil acesso às drogas e oportunidades de uso e tem-se o ambiente propício para a experimentação de drogas.

5.3. Conseqüências psicossociais do uso de drogas

O início precoce do uso de drogas tem se mostrado um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias e quadros psicopatológicos associados (Babor e col, 1992; Lewinsohn e col, 1996; Wagner & Anthony, 2002; Young e col, 2002). Segundo Robins & Prysbeck (1985), a ocorrência de problemas relacionados ao abuso ou dependência de drogas é maior quando o início do uso de drogas ilícitas ocorre antes dos 15 anos. Da mesma forma, Anthony e Petronis (1995) observaram que o risco estimado para o desenvolvimento de TUS, em um período de seis anos após o início do uso de drogas, foi de 40% para aqueles jovens que iniciaram o consumo de drogas ilícitas aos 16 anos de idade, 50% para os que iniciaram aos 15 anos e 60% para aqueles que iniciaram aos 14 anos.

No presente estudo, 81,8% dos adolescentes iniciou o uso de drogas ilícitas antes dos 15 anos de idade, ou seja, numa faixa etária onde o risco estimado, segundo Anthony e Petronis (1995), é de 50% para ocorrência de TUS.

A escola é o local que crianças e adolescentes deveriam freqüentar diariamente e, portanto, onde alterações de comportamento são freqüentemente observadas. Justamente por isso, alterações no desempenho escolar são indicativas de que a criança ou adolescente requerem maior observação dos educadores e, em algumas escolas, são encaminhadas para avaliação por especialistas.

Entretanto, a defasagem escolar e o uso de drogas no Brasil devem ser analisados com cautela, pois, recentemente, em alguns estados não há mais repetência escolar. Dessa forma, relacionar uso de drogas e essa nova visão do aluno no desempenho escolar pode ficar sem sentido científico. Porém, existem vários trabalhos relatando uma forte associação entre consumo de substâncias psicoativas e baixo rendimento escolar (Bachman e col, 1981; Lebouvie, 1986; Carlini-Cotrim e col, 1989; Weinreib & O'Brien, 1993; Hollar & Moore, 2004). Miller e Plant (1999), analisando a relação entre o desempenho e freqüência escolar com uso de drogas, observaram que o consumo de álcool, tabaco ou drogas ilícitas estava relacionado a um pior rendimento escolar e baixa freqüência escolar.

Utilizando as informações colhidas entre estudantes, Galduróz e colaboradores (2005) encontraram associação positiva entre o uso de drogas e o atraso escolar. Estudantes que relataram uso na vida de qualquer droga ilícita apresentaram maiores taxas de algum atraso escolar e de 3 ou mais anos de atraso do que os estudantes que nunca usaram qualquer substância ilícita.

Na análise das faltas às aulas dos jovens atendidos, 22,6% deles apresentaram este comportamento em função do uso de drogas. Galduróz e colaboradores (2005) encontraram maiores freqüências de faltas nos 30 dias que antecederam a pesquisa entre estudantes que haviam relatado já terem utilizado alguma substância psicoativa ilícita pelo menos uma vez na vida, do que entre os que nunca haviam utilizado drogas.

Tavares, Béria e Lima (2001), por sua vez, encontraram associação positiva entre o uso de drogas na vida e a freqüência de faltas no mês e o número de reprovações ao longo da vida.

Nesta dissertação, observou-se que 68,9% dos adolescentes apresentavam algum grau de atraso escolar, com uma média de 2,2 anos de atraso (desvio padrão de 0,9 anos), índices bastante superiores aos encontrados entre alunos da rede pública de ensino da região sudeste (37,9%) (Galduróz e col, 2005). Os dados sobre repetência escolar encontrados neste estudo são, ainda, muito superiores aos encontrados na população geral de estudantes do País.

Na amostra estudada, 31% haviam sido expulsos da escola pelo menos uma vez e 40 % haviam parado de estudar.

Outra característica desta população é a presença de roubos e/ou furtos, prisões e história de tráfico. Scivoletto (1997), ao discutir estas variáveis, pondera que não há consenso entre os estudos internacionais (Walter e col, 1993; Kaminer, 1994) se esses problemas são causa ou conseqüência do uso de drogas. No entanto, em seu estudo, Scivoletto (1997) encontrou que a ocorrência de roubos e/ou furtos e o abandono escolar foram posteriores ao início de consumo de drogas. Em relação ao envolvimento com tráfico de drogas, esta mesma autora observou associação positiva

com uso regular de cocaína inalada e crack, além da frequência e quantidade de droga consumida.

No presente estudo, observou-se que 59% dos adolescentes já havia praticado algum tipo de roubo ou furto alguma vez na vida, 38,6% já havia sido preso ou detido e 32,3% possuíam história pregressa de tráfico de drogas. Considerando-se que a média de idade de início do uso de drogas ilícitas nesta população foi de 13,1 anos, observou-se que, ao menos cronologicamente, as atividades ilegais ocorreram posteriormente ao uso de drogas, sugerindo ser uma consequência do uso de drogas nesta população.

5.4. Diagnósticos dos transtornos por uso de substâncias e das comorbidades psiquiátricas

5.4.1. Transtornos por uso de substâncias psicoativas

Dentre os diagnósticos de transtornos por uso de substâncias psicoativas, os mais prevalentes foram o de transtorno por uso de múltiplas substâncias, com 39%, e o diagnóstico de transtorno por uso de canabinóides (38,1%).

O diagnóstico de transtornos por uso de múltiplas substâncias é definido, segundo os critérios da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), como sendo a utilização de duas ou mais substâncias psicoativas e, com relação a esse diagnóstico, o número de drogas abusadas variaram de duas a quatro, sendo as mais frequentemente utilizadas maconha, cocaína, tabaco e inalantes.

Uma característica importante entre os adolescentes encaminhados a centros de tratamento especializado é apresentar abuso ou dependência de uma substância

específica com uso eventual de outras drogas ou o abuso e dependência de múltiplas substâncias.

Tal achado é corroborado por estudos em populações clínicas e da população geral nacionais e internacionais (Stewart & Brown, 1995; Dupre e col, 1995; Scivoletto, 1997; Giusti, 2004), demonstrando que o abuso de múltiplas drogas parece ser uma característica dos adolescentes usuários de drogas em geral, e não apenas daqueles que buscam tratamento especializado.

Quando se analisou os diferentes diagnósticos segundo as conseqüências escolares, observou-se que a expulsão escolar esteve igualmente relacionada aos diagnósticos de transtorno por uso de maconha (33,3%), transtorno por uso de cocaína/crack (30,8%) e transtorno por uso de múltiplas substâncias (35,9%). Quanto à repetência escolar, as freqüências foram de 37,3% entre os jovens com transtorno por uso de maconha, 23,5% com transtorno por uso de cocaína/crack e 39,2% com transtorno por uso de múltiplas substâncias, sem associação específica com uma substância. Quanto às conseqüências legais, verificou-se que os episódios de roubo, prisão e tráfico de drogas foram mais prevalentes entre jovens com transtorno por uso de múltiplas substâncias (respectivamente 48,0%, 44,4% e 56,0%).

5.4.2. Comorbidades psiquiátricas

A presença de comorbidades psiquiátricas em adolescentes com TUS pode resultar em baixa adesão ao tratamento, pior prognóstico, dificuldade de diagnóstico e altas taxas de utilização de serviços de saúde gerando maiores custos para o indivíduo e sociedade (Mueser, Drake & Wallach, 1998; RachBeisel, Scott & Dixon, 1999).

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

A comorbidade entre dependência de drogas e transtornos psiquiátricos está bem estabelecida na população geral norte-americana através de vários estudos entre adultos (Regier e col, 1990; Regier e Robins, 1991; Kessler e col, 1994, 1996, 1997; Grant, 1995, 1996; Grant e Hartford, 1995; SAMHSA, 1996). Os estudos na população geral de adolescentes são menos numerosos, mas confirmam os padrões de comorbidades observados nos adultos (Kandel e col, 1999; Weinberg e Glantz, 1999). Estudo de coorte que acompanhou população não clínica, dos 9 aos 16 anos de idade, observou que durante o período de acompanhamento 36,7% dos participantes tiveram pelo menos um transtorno psiquiátrico (Costello e col, 1999).

Armstrong e Costello (2002), em revisão de literatura de estudos na comunidade, encontraram que 60% dos adolescentes com uso, abuso ou dependência de drogas apresentavam algum diagnóstico comórbido, sendo transtorno de conduta e transtorno de oposição e desafiador os mais prevalentes. Em terceiro lugar observou-se que o TDAH, incluído no grupo de Transtornos Disruptivos do Comportamento, apresentou associação com uso, abuso ou dependência de drogas. A depressão, embora numa taxa menor que transtorno de conduta, também apresentou associação significativa.

Alguns estudos internacionais encontraram o transtorno de conduta como o mais freqüente entre os jovens com TUS (Regier e col, 1990; Crowley & Riggs, 1995; Whitmore e colaboradores, 1997; Armstrong e Costello, 2002). Estudo norte-americano realizado por Cohen e colaboradores (1993), em amostra não clínica de adolescentes, encontrou uma prevalência de 10,3% de transtorno de conduta, sendo 6,7% entre o sexo feminino e 13,8% entre o masculino (Cohen e col, 1993).

Chong e colaboradores (1999), em estudo com população não-clínica, observou que 59,3% dos adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas também apresentavam um transtorno disruptivo do comportamento, sendo o transtorno de conduta o mais freqüente (44%). Whitmore e colaboradores (1997), por sua vez, encontraram uma prevalência de transtorno de conduta entre adolescentes usuários de drogas de 80%.

Nesta dissertação, observou-se que 40,7% dos jovens apresentaram algum quadro psiquiátrico comórbido. As mais frequentemente encontradas foram, respectivamente, transtornos depressivos (24,1%) e transtorno de conduta (9,6%). Em terceiro lugar ficou o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com 4% e, por fim, transtornos psicóticos com 2,7%. Considerando tratar-se de uma população clínica, era de se esperar que a prevalência de comorbidades psiquiátricas fosse maior. Diante disso, pode surgir uma questão: a entrevista clínica é suficiente para o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas em adolescentes usuários de drogas?

Giusti (2004), estudando os adolescentes do mesmo serviço objeto desta dissertação, com o intuito de verificar se a entrevista clínica era suficiente para diagnosticar as comorbidades ou se a utilização de um instrumento a mais seria importante para a identificação das mesmas, submeteu uma amostra ao K-SADS-PL e a comparou com amostra não submetida a este questionário semi-estruturado.

Verificou-se que o diagnóstico de transtornos por uso de substâncias foi semelhante em ambas as amostras e, embora tenha havido maior prevalência de comorbidades em geral na amostra submetida ao K-SADS-PL, não houve diferenças quanto à prevalência de transtornos depressivos, transtornos de conduta e tentativas de suicídio. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, por sua vez, foi

diagnosticado apenas entre os adolescentes submetidos ao K-SADS-PL (Giusti, 2004).

A ausência de diferença pode ser explicada pelo fato do atendimento ser realizado em um ambulatório didático de um hospital escola, onde cada caso é discutido pelo profissional responsável pelo serviço. Talvez o uso atual de drogas dificulte o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na entrevista clínica, pois o diagnóstico de TUS se sobreporia a este, que só poderia ser feito após período de abstinência. Com o emprego de um instrumento como o K-SADS-PL, este raciocínio clínico seria eliminado, aumentando a frequência do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

O diagnóstico e as eventuais comorbidades de todos os pacientes atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas eram discutidos em reuniões semanais pela equipe de residentes e psicólogos com supervisão da orientadora desta dissertação. Além disso, todos os pacientes foram avaliados pessoalmente pela Dra. Sandra Scivoletto para confirmação dos diagnósticos psiquiátricos identificados pelos médicos residentes ou colaboradores. Isto permitiu uma homogeneização dos diagnósticos realizados.

É importante considerar que tais prevalências podem estar subestimadas, visto que o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo possui outros grupos multidisciplinares de estudo e assistência além do Ambulatório de Adolescentes e Drogas, tais como Ambulatório Geral de Psiquiatria Infantil, Ambulatório para Distúrbios Hiperativos e Déficit de Atenção (ADHDA), Ambulatório de Transtornos Alimentares (GATA), Ambulatório de Transtornos

Afetivos na Infância e na Adolescência (ATA), Ambulatório de Tiques na Infância e Adolescência, Ambulatório de Ansiedade na Infância e Adolescência (AMBULANSIA), Ambulatório dos Transtornos do Desenvolvimento e Ambulatório de Esquizofrenia. Dessa forma, pacientes que porventura apresentassem problemas relacionados ao consumo de drogas e outras comorbidades psiquiátricas como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos psicóticos, cujos sintomas são mais evidentes que o uso de drogas, poderiam estar em acompanhamento nos ambulatórios específicos para tratamento destes transtornos, levando a uma diminuição da amostra de adolescentes com comorbidades psiquiátricas do Ambulatório de Adolescentes e Drogas. Seria necessário um estudo para mensurar a prevalência de TUS nos pacientes dos outros ambulatórios.

Vale salientar, ainda, que existem diferenças conceituais na caracterização do transtorno de conduta, segundo algumas escolas correntes. Na escola norte-americana, este diagnóstico é considerado toda vez que há alterações de conduta, o que pode levar a uma supervalorização de sintomas, em detrimento do contexto em que ocorrem. Já no Brasil e na escola européia, o contexto em que as alterações de conduta ocorrem são muito considerados, de forma que se ele justifica e explica as alterações de conduta e comportamento, o diagnóstico de transtorno de conduta tende a não ser feito.

5.5. Problemas de conduta na vida segundo sexo, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas

Conforme visto anteriormente, o transtorno de conduta nesta população foi o segundo mais prevalente (9,6%). No entanto, quando se inclui a ocorrência de problemas de conduta na vida, a prevalência do diagnóstico de transtorno de conduta na população estudada aumenta para 65,2%.

A relação entre transtorno por uso de substâncias psicoativas e transtorno de conduta é complicada, visto que este freqüentemente co-existe com outros transtornos e que os comportamentos, particularmente agressividade, pode não ser exclusiva, mas parte de diferentes síndromes (Fenton Earls, 1985). O transtorno de conduta, de modo particular, pode estar relacionado ao transtorno por uso de substâncias de diversas maneiras: 1) estes comportamentos podem preceder o abuso de drogas, possivelmente predispondo jovens vulneráveis à iniciação do uso; 2) o transtorno de conduta poderia ser resultado direto da intoxicação e também se seguir a uma variedade de mecanismos mediadores, tais como associação a grupos anti-sociais; e, 3) o comportamento anti-social de roubo e agressão podem ser meios de se adquirir dinheiro para aquisição de álcool e outras drogas.

Lewis (1995) adverte que é fundamental realizar uma avaliação neuropsiquiátrica detalhada e abrangente antes de considerar o jovem como simplesmente portador de um transtorno de conduta, pois os sintomas deste transtorno podem estar presentes em muitas síndromes psiquiátricas, além de apresentar um prognóstico bastante reservado.

Este cuidado deve ser maior quando se trata de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, visto que mentir, cabular aulas e transgredir

regras e valores, que podem ser observados no curso do desenvolvimento normal de crianças e adolescentes, são ainda mais freqüentes entre os usuários de drogas, incluindo-se, ainda, envolvimento em atividades ilegais e problemas escolares.

Em um estudo norte-americano prospectivo de 166 adolescentes com diagnóstico de abuso de álcool e outras drogas, Brown e colaboradores (1996a, 1996b) observaram que 95% deles apresentaram alguma forma de transtorno de conduta. Entretanto, somente 47% preencheram critérios diagnósticos, segundo o DSM-III-R (APA, 1980), para este diagnóstico quando os comportamentos diretamente relacionados às drogas foram excluídos, sugerindo que para quase metade da amostra o transtorno de conduta era consequência e não causa ou um transtorno separado.

Isto pode ser observado neste estudo, onde as médias de idade de início do uso de drogas, bem como os tipos de drogas consumidas entre os jovens com problemas de conduta não diferiram das dos adolescentes usuários de drogas sem problemas de conduta.

Nestes casos, a rotulação destes jovens como simplesmente portadores de transtorno de conduta pode ofuscar uma realidade bem diferente, além de submetê-los a uma maior marginalização e estigmatização.

Diante disso, é importante, durante o processo de avaliação e diagnóstico do transtorno de conduta em jovens com transtornos por uso de substâncias psicoativas, levar em consideração o contexto sócio-econômico-cultural em que os problemas de conduta ocorrem, além de se monitorar a evolução destes sintomas após um período de abstinência da droga e acompanhamento psicoterápico, visto que em muitos casos estes sintomas são consequências do envolvimento com drogas e, freqüentemente,

apresentam melhora durante o processo terapêutico, sem requerer intervenção específica.

Scivoletto (1997) ressalta que, mesmo nos casos com grande envolvimento em atividades ilegais, quando os pacientes aderiam ao tratamento ambulatorial especializado, o abandono das atividades ilegais era o primeiro aspecto a melhorar e estava relacionado à boa evolução no tratamento proposto. Ou seja, na prática clínica, o eventual diagnóstico de transtorno de conduta não requer, necessariamente, uma abordagem específica. Nestes casos, este diagnóstico poderia acarretar preconceito e menor investimento da equipe responsável pelo tratamento. Portanto, este diagnóstico traria muito mais conseqüências negativas do que novas possibilidades terapêuticas.

É importante ressaltar que estes atos ilegais ocorreram posteriormente ao início do uso de drogas, denotando ser uma conseqüência deste consumo, ou talvez, uma conseqüência da “invisibilidade social” (sensação de não-pertencimento a nada ou a ninguém) pela qual passam estes jovens. O adolescente que não consegue se destacar em atividades como esportes, estudos, relações sociais, pode buscar nas drogas sua identificação. Com isso, a sensação inicial de “invisibilidade” é resolvida: estes jovens passam a pertencer ao “mundo das drogas”, adquirindo, bem ou mal, uma função social. O mesmo mecanismo ocorreria com a delinqüência: os jovens que não são percebidos pela comunidade, agredem para se tornarem “visíveis” e, assim, se sentem parte desta comunidade, ainda que seja no papel de delinqüente. Este mecanismo explica a associação com gangues, tão freqüente entre jovens infratores – quando se sentem excluídos, associa-se a grupos minoritários, que se

utilizam de comportamento anti-sociais para serem notados e respeitados. A utilização da ameaça e do medo lhes dá a sensação de poder.

Por fim, todos os estudos na área de drogas preconizam a observação e reavaliação dos sintomas das comorbidades psiquiátricas durante o período de abstinência para um diagnóstico acurado. Diante disso, sugiro que o mesmo seja levado em consideração para o diagnóstico de transtorno de conduta em comorbidade com transtornos por uso de substância psicoativas, visto que os problemas de conduta freqüentemente observados podem ser consequência direta da dependência, do estado de intoxicação ou mesmo de abstinência da droga, não necessitando de tratamento específico para sua resolução.

5.5.1. Problemas de conduta na vida e gênero

Neste trabalho, observou-se que os meninos (82,9%) apresentam uma prevalência de problemas de conduta da vida maior do que a das meninas (17,1%), com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,005$). Este resultado deve ser analisado considerando-se que, apesar de não se tratar de uma amostra reduzida, o número de adolescentes do sexo feminino que vieram para tratamento nestes dez anos do ambulatório (julho de 1993 a julho de 2003), é muito menor do que a população masculina encontrada.

De fato, Withmore e colaboradores (1997) observaram que a prevalência de transtorno de conduta, bem como o de transtorno de conduta na vida, não apresentaram diferenças significativas quanto ao gênero. Da mesma forma, Giusti (2004) encontrou o transtorno de conduta em igual prevalência entre os sexos,

embora numericamente tenha ocorrido mais no sexo masculino (5,9% e 4,3% para os sexos masculino e feminino, respectivamente).

5.5.2. Problemas de conduta na vida, idade de início do uso de drogas e tipos de drogas consumidas

Vários estudos têm observado forte relação entre transtorno de conduta e abuso de drogas entre adolescentes, com início mais precoce e problemas de conduta mais sérios entre adolescentes com abuso de substâncias psicoativas (Stice e col, 1998; Silverman e col, 2001).

Nesta dissertação, contudo, observou-se que as idades médias de início do uso de drogas, bem como os tipos de drogas consumidas entre os jovens com problemas de conduta na vida, comparados à amostra total, não diferiram. Uma possível explicação para isto é que o problema de conduta seria consequência do uso de drogas.

Este fato foi observado para algumas drogas quando se comparou a idade de início do uso de drogas e idade de início das atividades de roubo e histórico de prisão. Para episódios de roubo, o início do uso de álcool (11,8 anos), tabaco (12,5 anos) e maconha (13,0 anos) os precederam. Com relação ao histórico de prisão, a idade de início do uso de álcool (11,6 anos), tabaco (12,5 anos), maconha (13,3 anos), cocaína (14,1 anos) e crack (14,4 anos) ocorreram antes do primeiro episódio de detenção.

Como a prisão/detenção só pode ocorrer após o envolvimento em alguma atividade ilegal, era de se esperar que a média de idade da primeira prisão fosse posterior às médias de idade para furto, roubo ou tráfico, que na grande maioria

ocorria após o início do consumo de drogas. Portanto, era de se esperar que o início de uso de praticamente todas as drogas precedessem a ocorrência de prisão.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

6. CONCLUSÕES

As principais conclusões deste trabalho são:

1. Quanto às características gerais da população estudada:
 - 1.1. a população de adolescentes do sexo masculino que procura tratamento para abuso/dependência de drogas neste serviço é maior, com uma proporção de 3,25 meninos para cada menina;
 - 1.2. A média de idade de início de tratamento foi de 15,4 anos, semelhante às encontradas em estudos nacionais e norte-americanos;
 - 1.3. A maioria da população atendida está compreendida entre as classes B2 e C (rendas médias entre R\$ 1669,00 e R\$ 927,00).

2. Quanto às características do uso de drogas:
 - 2.1. As primeiras drogas lícita e ilícita consumidas na vida são, respectivamente, o álcool e a maconha;
 - 2.2. O principal motivo alegado para o início do consumo de drogas é a curiosidade, sendo que o primeiro uso se dá, na maioria dos casos, com amigos.

3. Quanto às conseqüências do uso de drogas:
 - 3.1. As principais conseqüências psicossociais entre os jovens atendidos no Ambulatório de Adolescentes e Drogas são as escolares e as legais;

3.2. Existe alto índice de atraso escolar e interrupção dos estudos entre os adolescentes atendidos;

3.3. Roubo, tráfico de drogas e prisão ocorrem após o início do uso de drogas.

4. Quanto aos diagnósticos recebidos:

4.1. O diagnóstico de transtorno por uso de múltiplas substâncias e de transtorno por uso de canabinóides são os mais freqüentes;

4.2. As comorbidades transtornos depressivos e transtornos de conduta são os mais freqüentes entre os adolescentes;

4.3. É mais freqüente o consumo de até três substâncias nos adolescentes diagnosticados com transtornos por uso de múltiplas substâncias;

4.4. Não houve diferenças entre o tipo de comorbidade segundo o tipo de transtorno por uso de substância diagnosticado.

5. Quanto à ocorrência de problemas de conduta na vida:

5.1. A ocorrência de problemas de conduta na vida é mais prevalente em adolescentes do sexo masculino;

5.2. A idade de início do uso de drogas dos adolescentes com problemas de conduta na vida não difere da idade de início do consumo da população geral deste ambulatório;

- 5.3. Os envolvimento em atividades ilegais – roubo e tráfico de drogas – e o envolvimento com a justiça através de prisão ocorrem posteriormente ao início do uso de drogas.
- 5.4. O diagnóstico de transtorno de conduta deve ser feito com muita cautela em adolescentes usuários de drogas, pois a maioria dos casos pode ser consequência do consumo de drogas e não configurar um outro diagnóstico.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

7. ANEXOS

Anexo 1: Histórico do Ambulatório de Adolescentes e Drogas do GREA-IPq-HC-FMUSP

Anexo 2: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Anexo 3: Termo de Consentimento – Dra. Sandra Scivoletto

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do presente estudo

Anexo 5: Termo de Responsabilidade exigido pelo serviço

Anexo 6: Termo de Aprovação do projeto pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Anexo 7: Questionário Estruturado do presente estudo

Anexo 8: Questionário Estruturado – Dra. Sandra Scivoletto

Anexo 1

Histórico e Estrutura do Ambulatório de Adolescentes e Drogas

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

**Histórico e Estrutura do Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de
Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo**

O Ambulatório de Adolescentes e Drogas foi criado em julho de 1993 em um trabalho conjunto entre as equipes do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) (<http://www.grea.org.br>) e do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SEPIA) (<http://www.hcnet.usp.br/ipq/hc/sepia/main.htm>), ambos do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), com o intuito de subsidiar dados para a tese de doutorado da Dra. Sandra Scivoletto (Scivoletto 1997), tendo em vista que a grande maioria dos pacientes adultos atendidos no GREA naqueles idos referiam o início do consumo de drogas na adolescência (Castel, 1997; Hochgraf, 1995).

Sua principal finalidade foi desenvolver assistência que suprisse as necessidades desta população específica. Atualmente, este ambulatório ainda realiza pesquisas na área de drogas, bem como dá apoio ao ensino através da formação acadêmica de estudantes de graduação em medicina, de pós-graduação *Lato sensu* em Psiquiatria Geral e Psiquiatria da Infância e da Adolescência e de pós-graduação *Stricto sensu* em nível de mestrado e doutorado.

Desde o início do funcionamento do ambulatório as entrevistas seguem a mesma estrutura desenvolvida e utilizada na tese referida anteriormente, o que facilitou a estruturação do roteiro do banco de dados criado para a coleta das informações utilizadas nesta dissertação.

O Ambulatório de Adolescentes e Drogas do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – SEPIA – do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – IPq-HC-FMUSP funciona no prédio do referido instituto todas as quintas-feiras, no período da manhã.

No período de realização deste estudo, a equipe era composta pela responsável pelo ambulatório, Dra. Sandra Scivoletto, por um médico-colaborador, por uma psicóloga terapeuta de família e pelos residentes em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Os jovens com até 18 anos incompletos que procuram o IPq-HC-FMUSP, espontaneamente ou trazidos por familiares, por problemas relacionados ao uso de drogas passam por um processo de triagem no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Esta triagem é realizada por um médico-assistente da Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou pela supervisora do Ambulatório de Adolescentes e Drogas, com o objetivo de verificar o preenchimento dos critérios de inclusão para atendimento no referido serviço (apresentar diagnóstico de abuso ou dependência de drogas, morar na Grande São Paulo, ter endereço fixo ou telefone para contato e possuir responsável legal que se disponha a vir no atendimento), ou afastar critérios de exclusão (retardo mental, necessidade de internação por patologias clínicas ou psiquiátricas, indisponibilidade para comparecer às quintas-feiras pela manhã para o tratamento). Quando aceito, agenda-se o caso novo no mesmo dia, se houver disponibilidade de atendimento por parte da equipe ou em um prazo máximo de um mês. Na ocasião da triagem solicita-se que pelo menos um dos responsáveis pelo adolescente compareça à consulta inicial e, pelo menos uma vez por mês, no período subsequente.

Os adolescentes encaminhados para outros ambulatórios ou serviços não ficaram cadastrados no Ambulatório de Adolescentes e Drogas, mas no ambulatório específico para onde foram encaminhados. Por isso não foi possível o levantamento dos adolescentes excluídos na entrevista de triagem.

Os casos novos, bem como o acompanhamento psicoterápico e medicamentoso, quando necessário, são realizados pelos residentes em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, supervisionados pela responsável pelo ambulatório e/ou pelo médico-colaborador. Nesta primeira consulta é realizada a entrevista clínica com o adolescente e também com os familiares que o estiverem acompanhando, objetivando não só avaliar o grau de comprometimento das relações familiares, se existente, mas também os recursos familiares e comunitários disponíveis, assim como encaminhar a família para terapia familiar. São solicitados, ainda, exames laboratoriais complementares (ANEXO A).

Os profissionais envolvidos nos atendimentos reúnem-se semanalmente, objetivando supervisionar os atendimentos realizados pelos residentes e integrar os atendimentos individuais e familiares.

Anexo 2

Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP

Critério de Classificação Econômica Brasil ¹

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira dúplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir. Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B...*” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista

em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA (%)

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	5	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

¹ O Critério de Classificação Econômica Brasil está disponível no sítio eletrônico http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Dra. Sandra

Scivoletto

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

GREA-GRUPO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter recebido as seguintes informações a respeito de um projeto de pesquisa do qual farei parte como paciente:

1. O projeto visa detectar características específicas de usuários de álcool e outras drogas, bem como estudar a evolução dos pacientes ao longo do tempo.
2. Faz parte do projeto a coleta de exames laboratoriais e, se necessário, a realização de exames de imagem (por exemplo, eletroencefalograma, tomografia computadorizada), a fim de verificar possíveis complicações clínicas pelo uso de álcool e outras drogas.
3. Concordo que seja realizado teste para constatar se sou portador do vírus da AIDS (HIV) e que o resultado deste exame será mantido em sigilo médico, sendo revelado apenas às pessoas por mim autorizadas.
4. Consinto a possibilidade de ser contatado caso falte em atividade programada pelo grupo.
5. Foi-me dito que tudo que for necessário para minha recuperação será feito, mesmo que eu desista de participar do projeto.
6. Foi-me dito, também, que minha não concordância em participar do projeto não me acarretaria prejuízo de nenhuma espécie e que posso desligar-me quando quiser e sem sanções.

De posse destas informações, consisto em fazer deste projeto.

Data:

Nome do paciente:

Assinatura do paciente:

Declaro estar ciente destas informações e consisto que meu (minha) filho(a) participe desta pesquisa como paciente.

Nome do responsável pelo paciente:

Assinatura do responsável:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do presente estudo

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

- 1. NOME DO PACIENTE**

 DOCUMENTO DE IDENTIDADE N.º : SEXO : M é F é
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO N.º APTO:
 BAIRRO:.....CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
- 2. RESPONSÁVEL LEGAL**
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M é F é
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: N.º APTO:

 BAIRRO:.....CIDADE:

 CEP:.....TELEFONE:DDD
 (.....).....

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: ESTUDO DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS ENTRE ADOLESCENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

2. PESQUISADOR: Rogério Shiguelo Morihisa

CARGO/FUNÇÃO: Psiquiatra da Infância e Adolescência INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N.º: 90546

UNIDADE DO HCFMUSP: GREa-IPq-HC-FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO é RISCO MÉDIO é
 RISCO BAIXO é RISCO MAIOR é

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 02 ANOS e 06 MESES

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO

1. justificativa e os objetivos da pesquisa: A pesquisa visa investigar: 1º) As características sócio-demográficas de adolescentes em acompanhamento no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do GREA/SEPIA-IPq-HC-FMUSP; 2º) Se adolescentes que usam drogas (maconha, cocaína, álcool, entre outras) possuem outros tipos de problemas psiquiátricos (p.ex.: depressão, ansiedade, hiperatividade, psicoses) que não o uso de drogas; 3º) Se existe associação entre o tempo de uso, tipo de droga utilizada e outros problemas psiquiátricos.
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: Será realizada somente a revisão dos prontuários dos adolescentes que realizaram caso novo no Ambulatório de Adolescentes e Drogas do GREA/SEPIA-IPq-HC-FMUSP no período de Julho de 1993 a Julho de 2003, para obtenção de dados relacionados à pesquisa, respeitando a preservação da identidade do jovem.
3. desconfortos e riscos esperados: Não existem riscos aos adolescentes relacionados à execução do projeto.
4. benefícios que poderão ser obtidos: Esta pesquisa, caso os resultados apontem associação entre uso de drogas e outras doenças psiquiátricas, auxiliarão na melhor abordagem de pacientes usuários de drogas com outras doenças psiquiátricas, de forma que possam receber o tratamento mais adequado, minimizando as conseqüências danosas tanto de um como de outro diagnóstico. Certamente nenhum tipo de tratamento isolado é o suficiente para abordar a problemática das drogas, mas esta pesquisa poderá se constituir em mais uma abordagem de auxílio para muitas pessoas que sofrem com a dependência a substâncias psicoativas e outros transtornos psiquiátricos.
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Rogério Shiguelo Morihisa

GREa-IPq-HC-FMUSP

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n

CEP: 05403-010 – São Paulo (SP)

Fone: (0xx11) 3081-8060

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Morihisa

(carimbo ou nome Legível)
Dr. Rogério Shiguelo

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Anexo 5

Termo de Responsabilidade exigido pelo serviço

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter recebido as seguintes informações a respeito de um projeto de pesquisa do qual farei parte como paciente:

1. O projeto visa detectar características específicas de usuários de álcool e outras drogas, bem como estudar a evolução dos pacientes ao longo do tempo.
2. Faz parte do projeto a coleta de exames laboratoriais e, se necessário, a realização de exames de imagem (por exemplo, eletroencefalograma, tomografia computadorizada), a fim de verificar possíveis complicações clínicas pelo uso de álcool e outras drogas.
3. Concordo que seja realizado teste para constatar se sou portador do vírus da AIDS (HIV) e que o resultado deste exame será mantido em sigilo médico, sendo revelado apenas às pessoas por mim autorizadas.
4. Consinto a possibilidade de ser contatado caso falte em atividade programada pelo grupo.
5. Foi-me dito que tudo que for necessário para minha recuperação será feito, mesmo que eu desista de participar do projeto.
6. Foi-me dito, também, que minha não concordância em participar do projeto não me acarretaria prejuízo de nenhuma espécie e que posso desligar-me quando quiser e sem sanções.

De posse destas informações, consisto em fazer deste projeto.

Data:

Nome do paciente:

Assinatura do paciente:

Declaro estar ciente destas informações e consisto que meu (minha) filho(a) participe desta pesquisa como paciente.

Nome do responsável pelo paciente:

Assinatura do responsável:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Anexo 6

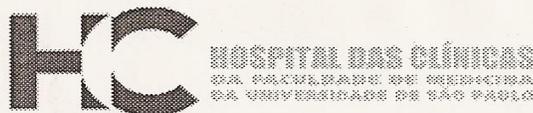
Termo de Aprovação do projeto pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!



DIRETORIA CLÍNICA

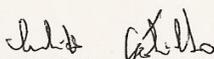
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**APROVAÇÃO**

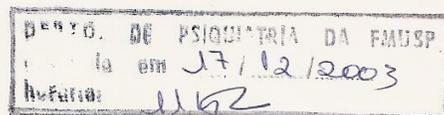
A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10.12.03, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **984/03**, intitulado: "Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um Hospital Universitário" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**.

Pesquisador(a) Responsável: **Dra. Sandra Scivoletto**

Pesquisador(a) Executante: **Dr. Rogério Shigueo Morihisa**

CAPPesq, 10 de Dezembro de 2003.


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
 Presidente da Comissão de Ética para Análise
 de Projetos de Pesquisa



OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Anexo 7

Questionário Estruturado do presente estudo

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AMBULATÓRIO ADOLESCENTES/DROGAS**NOME:****REGISTRO:****DATA DA 1ª CONSULTA:****DATA DA ÚLTIMA CONSULTA:****SEXO:**

1. masculino 2. feminino

COR:

1. branca 2. preta 3. parda
4. amarela 5. outra

IDADE (NA OCASIÃO DA 1ª CONSULTA):**ESTADO CIVIL:**

1. casado(a) 2. solteiro(a) 3. viúvo(a)
4. separado(a) 5. amasiado(a)

RENDA FAMILIAR:**QUESTÕES SOBRE EDUCAÇÃO:****1. GRAU DE INSTRUÇÃO DO ADOLESCENTE:**

0. nunca foi a escola
1. 1ª ou 2ª série 2. 3ª ou 4ª série
3. 5ª ou 6ª série 4. 7ª ou 8ª série
5. 1º colegial 6. 2º colegial

pdfMachine**Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!**

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

7. 3º colegial

8. faculdade ou cursinho

2. FREQUÊNCIA ESCOLAR:

0. parou de estudar 1. ainda matriculado

3. FREQUÊNCIA ESCOLAR NO ÚLTIMO ANO:

- 0. nunca foi à escola
- 1. frequenta regularmente
- 2. faltas frequentes por drogas (considerar suspensões disciplinares)
- 3. faltas frequentes por outros motivos, não por drogas
- 4. parou de estudar (incluindo expulsão da escola)

4. DESEMPENHO ESCOLAR NO ULTIMO ANO

0. não estuda 1. bom 2. regular 3. ruim

5. IDADE EM QUE PAROU DE ESTUDAR:

6. RAZÃO P PARAR DE ESTUDAR:

- 0. não se encaixa
- 1. para trabalhar
- 2. não gostava de estudar(inclui dificuldade p aprender)
- 3. fui expulso por problemas disciplinares
- 4. outros

7. HOUVE QUALQUER ATRASO ESCOLAR:

0. não 1. sim

8. NÚMERO DE REPETÊNCIA:

9. MOTIVO DAS REPETÊNCIAS:

0. nunca repetiu ou não foi à escola

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

1. tinha dificuldade de aprender
2. faltava muito (exclui motivos disciplinares)
3. tinha dificuldade de aprender e faltava muito(ex. disciplina)
4. muitas suspensões ou outras razões disciplinares
5. falta de motivação, exclui dificuldade de aprendizado
6. outras ou não sabe referir

10. EXPULSÃO DE ESCOLA:

0. não se encaixa 1. sim 2. não

QUESTÕES SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA:

11. NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS (CONSIDERE O QUE TIVER MELHOR NÍVEL EDUCACIONAL):

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| 0. não sabe informar | 1. 1º grau incompleto |
| 2. 1º grau completo | 3. 2º grau incompleto |
| 4. 2º grau completo | 5. curso superior completo ou não |

12. EMPREGO REGULAR OU NÃO:

1. sim 2. não

13. RENDA FAMILIAR:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

QUESTÕES SOBRE O CONSUMO DE DROGAS:**14. TABACO:****14a. USO DE TABACO PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:**

0. nunca usou 1. usou pelo menos uma vez

14b. IDADE QUE USOU PRIMEIRA VEZ:**14c. IDADE QUE COMEÇOU FAZER USO REGULAR DO TABACO:****14d. IDADE QUE COMEÇOU A TER PROBLEMAS COM O TABACO:****14e. PADRÃO DE CONSUMO DE TABACO NO ÚLTIMO ANO:**

0. não fez uso 1. diário
2. semanal 3. mensal

14f. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS:

0. não fez uso 1. diário
2. semanal 3. mensal

15. ÁLCOOL:**15a. USO DE ÁLCOOL PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:**

0. nunca experimentou 1. usou pelo menos uma vez

15b. IDADE QUE USOU ÁLCOOL PELA PRIMEIRA VEZ:**15c. IDADE QUE COMEÇOU FAZER USO REGULAR DE ÁLCOOL:****15d. FEZ USO REGULAR DE ÁLCOOL:**

1. sim 2. não

**15e. IDADE QUE COMEÇOU A TER PROBLEMAS POR USO DE
ÁLCOOL:****15f. PADRÃO DO USO DE ÁLCOOL NO ÚLTIMO ANO:**

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

- | | |
|----------------|---------------|
| 0. não fez uso | 1. uso diário |
| 2. uso semanal | 3. uso mensal |

15g. PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL NO ÚLTIMO MÊS:

- | | |
|----------------|---------------|
| 0. não fez uso | 1. uso diário |
| 2. uso semanal | 3. uso mensal |

16. MACONHA:**16a. USO DE MACONHA PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:**

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| 0. nunca usou | 1. já usou pelo menos uma vez |
|---------------|-------------------------------|

16b. IDADE EM QUE USOU MACONHA PELA PRIMEIRAVEZ:**16c. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR DA MACONHA:****16d. FEZ USO REGULAR DE MACONHA:**

- | | |
|--------|--------|
| 0. não | 1. sim |
|--------|--------|

16e. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS COM A MACONHA:**16f. PADRÃO DE CONSUMO DE MACONHA NO ÚLTIMO ANO:**

- | | |
|----------------|---------------|
| 0. não fez uso | 1. uso diário |
| 2. uso semanal | 3. uso mensal |

16g. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS:

- | | |
|----------------|---------------|
| 0. não fez uso | 1. uso diário |
| 2. uso semanal | 3. uso mensal |

17. COCAÍNA:**17a. USO DE COCAÍNA:**

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

0. nunca usou 1. já usou pelo menos uma vez

17b. IDADE EM QUE USOU COCAÍNA PELA PRIMEIRA VEZ:

17c. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:

17d. USOU COCAÍNA REGULARMENTE:

0. não 1. sim

17e. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS COM A COCAÍNA:

17f. PADRÃO DE CONSUMO DE COCAÍNA NO ÚLTIMO ANO:

0. não fez uso 1. uso diário

2. uso semanal 3. uso mensal

17g. PADRÃO DE CONSUMO DE COCAÍNA NO ÚLTIMO MÊS:

0. não fez uso 1. uso diário

2. uso semanal 3. uso mensal

18. CRACK:

18a. USO DE CRACK PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:

0. nunca usou 1. usou pelo menos uma vez

18b. IDADE EM QUE USO CRACK PELA PRIMEIRA VEZ:

18c. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR DO CRACK:

18d. USOU CRACK REGULARMENTE

0. não 1. sim

**18e. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMA COM O USO DO
CRACK:**

18f. PADRÃO DE USO DE CRACK NO ÚLTIMO ANO:

0. não fez uso 1. uso diário

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

2. uso semanal 3. uso mensal

18g. PADRÃO DE USO DE CRACK NO ÚLTIMO MÊS:

0. não fez uso 1. uso diário
2. uso semanal 3. uso mensal

19. BENZODIAZEPÍNICOS:

19a. USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:

0. nunca usou 1. usou pelo menos uma vez

19b. IDADE EM QUE USOU PELA 1.A VEZ BDZ:

20. INALANTES:

21a. USO DE INALANTES PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA:

0. nunca usou 1. usou pelo menos uma vez

21b. IDADE EM QUE USOU INALANTES PELA PRIMEIRA VEZ:

21c. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR DE INALANTES:

21d. FEZ USO REGULAR DE INALANTES:

0. não 1. sim

21e. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMA COM O USO DE INALANTES:

21f. PADRÃO DE CONSUMO DE INALANTES NO ÚLTIMO ANO:

0. não fez uso 1. uso diário
2. uso semanal 3. uso mensal

21g. PADRÃO DE USO DE INALANTES NO ÚLTIMO MÊS:

0. não fez uso 1. uso diário

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

2. uso semanal 3. uso mensal

22. ALUCINÓGENOS:

22a. USO DE ALUCINÓGENOS:

0. nunca usou 1. usou pelo menos uma vez

22b. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ ALUCINÓGENO:

23. FEZ USO DE DROGAS INJETÁVEIS PELO MENOS PRIMEIRA VEZ:

0. nunca usou 1. já usou pelo menos uma vez

24. TOTAL DE DROGAS JÁ USADAS PELO MENOS UMA VEZ:

25. IDADE EM QUE USOU DROGA ILÍCITA PELA PRIMEIRA VEZ:

26. PRIMEIRA DROGA CONSUMIDA:

0. nunca utilizou drogas
- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. álcool | 2. maconha |
| 3. cocaína inalada | 4. crack |
| 5. cocaína EV | 6. benzodiazepínicos |
| 7. anfetaminas/estimulantes | 8. barbitúricos/sedativos |
| 9. inalantes | 10. alucinógenos |
| 11. opiáceos | 12. outras |

27. MACONHA FOI A PRIMEIRA DROGA USADA:

0. não 1. sim

28. COCAINA FOI A PRIMEIRA DROGA USADA:

0. não 1. sim

29. CRACK FOI A PRIMEIRA DROGA USADA:

7. outros

38. CIRCUNSTANCIA DO PRIMEIRO USO DE DROGAS:

1. com amigos 2. outros

39. MOTIVO DO PRIMEIRO USO:

1. para experimentar/curiosidade
2. para ir de acordo com o grupo/"ficar enturmado"
3. para sair da monotonia, da "chatice"
4. porque eu queria sentir os efeitos, "me estimular", "relaxar"
5. como auto medicação, para aliviar a tristeza, desânimo
6. para aliviar os sintomas da abstinência
7. para "cortar" os efeitos de outras drogas
8. outros

40. MOTIVO DO PRIMEIRO USO DE DROGAS:

1. por curiosidade/para ir com a turma 2. outros

41. TIPOS DE PROBLEMAS COM AS DROGAS:

0. não tenho problemas
1. problemas na escola
2. problemas familiares
3. problemas físicos
4. problemas com a polícia
5. 2 dos problemas acima
6. 3 dos problemas
7. todos os problemas

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

**53. ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS RELACIONADOS
AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS:**

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 0. ninguém | 1. pai |
| 2. mãe | 3. parentes de 1º grau (irmãos) |
| 4. parentes de 2º grau (tios, primos) | 5. avós |
| 6. pai e mãe | 7. pai ou mãe e irmãos |
| 8. pai e mãe e irmãos | 9. tios, primos e/ou avós |

**54. PELO MENOS UM ANTECEDENTE FAMILIAR DE PROBLEMAS
RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS:**

- | | |
|--------|--------|
| 0. não | 1. sim |
|--------|--------|

**55. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS:**

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 0. ninguém | 1. pai |
| 2. mãe | 3. parentes de 1º grau (irmãos) |
| 4. parentes de 2º grau (tios, primos) | 5. avós |
| 6. pai e mãe | 7. pai ou mãe e irmãos |
| 8. pai e mãe e irmãos | 9. tios, primos e/ou avós |

56. ANTECEDENTES FAMILIARES CRIMINAIS:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 0. ninguém | 1. pai |
| 2. mãe | 3. parentes de 1º grau (irmãos) |
| 4. parentes de 2º grau (tios, primos) | 5. avós |
| 6. pai e mãe | 7. pai ou mãe e irmãos |
| 8. pai e mãe e irmãos | 9. tios, primos e/ou avós |

QUESTÕES SOBRE ANTECEDENTES PESSOAIS:**57. MOTIVO DA INTERNAÇÃO, SE OCORRIDA ANTERIORMENTE:**

0. nunca foi internado
1. internação clínica, motivos orgânicos
2. internação psiquiátrica, excluindo pelo uso de drogas
3. internações clínicas e psiquiátricas
4. não sabe informar

58. TOTAL DE INTERNAÇÕES ANTERIORES:**59. TENTATIVA DE SUICÍDIO:**

0. nunca
1. uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool
2. uma vez, sob efeito de drogas/álcool
3. mais de uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool
4. mais de uma vez, sob efeito de drogas/álcool
5. sem informação

60. APRESENTOU ALGUMA TENTATIVA DE SUICÍDIO:

0. não
1. sim

61. INTERNAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO POR INTOXICAÇÃO AGUDA:

0. não
1. sim

QUESTÕES SOBRE O TRATAMENTO DO AMBULATÓRIO DE ADOLESCENTES E DROGAS:**62. PROCURA PELO TRATAMENTO AMBULATORIAL:**

1. espontânea
2. não espontânea

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

1. ainda em tratamento
2. por abandono (alta administrativa)
3. médica
4. transferido para ambulatório adulto
5. encaminhado para internação
6. falta de motivação/interesse

72. MOTIVO DA ALTA (ABANDONO DO TRATAMENTO OU NÃO):

0. abandono do tratamento 1. por alguma indicação médica

73. PRESENÇA DE QUALQUER COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA:

1. não 2. sim

74. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS RECEBIDOS:

- F10. transtornos por uso de álcool
- F12. transtornos por uso de canabinóides
- F13. transtornos por uso de sedativos e hipnóticos
- F14. transtornos por uso de cocaína
- F18. transtornos por uso de solventes
- F19. transtornos por uso de múltiplas drogas
- F32. Episódio depressivo

75. DIAGNÓSTICOS DE MÚLTIPLAS DROGAS:

0. não 1. sim

76. OUTROS DIAGNÓSTICOS COMÓRBIDOS:

- F21. Transtorno Esquizotípico
- F32. Episódio depressivo

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

F90. Transtorno Hiperkinético

F91. Transtorno de Conduta

77. COMORBIDADES MAIS FREQUENTES:

0. outros

1. depressão

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Anexo 8

Questionário Estruturado – Dra. Sandra Scivoletto

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

AMBULATÓRIO ADOLESCENTES/DROGAS
QUESTIONÁRIO DE ENTRADA (1ª AVALIAÇÃO)

Sandra Scivoletto

À seguir você encontrará uma série de perguntas que visa o levantamento mais acurado possível de dados sócio-demográficos e relacionados ao: consumo de drogas, relações familiares, educação, trabalho, lazer, comportamento sexual, antecedentes pessoais e familiares dos adolescentes. Procure ser o mais claro possível ao formular cada pergunta. Sempre que preciso, repita a pergunta quantas vezes forem necessárias, em alguns casos tentando modificar alguns termos, para que o entrevistado seja capaz de responder adequadamente. Tome cuidado, se for preciso modificar alguns termos, para não alterar o sentido da pergunta.

É importante não deixar nenhuma questão sem resposta. Caso não consiga enquadrar a resposta do paciente em nenhuma das opções existentes, **NÃO DEIXE EM BRANCO NEM TENDE ADAPTAR A RESPOSTA**. Em caso de dúvida, **ANOTE AO LADO DA QUESTÃO A RESPOSTA FORNECIDA**, de forma mais completa possível.

Certifique-se, antes do término da entrevista que todas as perguntas pertinentes foram feitas. Ao final, coloque a data da aplicação do questionário e assine.

OBRIGADA PELA AJUDA; SUA COLABORAÇÃO É DE VITAL IMPORTÂNCIA PARA MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE NOSSO TRABALHO!

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO:

DATA DE APLICAÇÃO: / / . **INICIO DE TRATAMENTO:** / /

.

NOME:

(sobrenome, nome)

SEXO:/ /

1. masculino

2. feminino

COR:/ /

1. branca

2. branca

3. parda

4. amarela

5. outra

IDADE:/ / /

ESTADO CIVIL:/ / (ESTCIVIL)

1. casado (a)

2. solteiro (a)

3. viúvo (a)

4. separado (a)

5. amasiado (a)

LOCAL DE NASCIMENTO:/ / (NASCIMEN)

1. São Paulo- capital

2. São Paulo- interior

3. Sul do

Brasil

4. Outros estados do SE

5. Nordeste e Norte

6. Centro-

Oeste

7. Outros países

QUESTÕES SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA:

1. MORADIA:/ / (MORADIA)

No ultimo ano, você está morando com (considere o(s) responsável(is) pela casa):

1. os pais (biológicos);

2. somente com a mãe;

3. somente com o pai;

4. mãe e namorado da

mãe;

5. pai e namorada do pai;

6. pais adotivos;

7. outros parentes;

8. amigos;

9. companheiro(a) seuxual/namorado(a)/esposo(a);

10. sozinho;

11. instituição para menores (SOS criança, FEBEM);

12. mora na rua.

2. NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS:/ / (INSTPAIS)

Os seus pais estudaram até que ano? (considere o que tiver melhor nível educacional)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

- | | |
|------------------------------------|------------------------|
| 0. não sabe informar; | 1. 1º grau incompleto; |
| 2. 2º grau incompleto; | 3. 2º grau completo; |
| 4. curso superior completo ou não. | |

3. SITUAÇÃO EMPREGATÍIA DOS PAIS NO ÚLTIMO ANO:/
/(EMPRPAIS)

Considerando o último ano, seus pais passaram a maior parte do tempo:

0. não sabe informar;
1. os dois empregados;
2. pai empregado, mãe desempregada;
3. pai desempregado, mãe empregada;
4. os dois desempregados;
5. pai ou mãe aposentado e outro empregado;
6. pai ou mãe aposentado e outro desempregado;
7. os dois aposentados.

QUESTÕES SOBRE EDUCAÇÃO:

4. GRAU DE ISTRUÇÃO DO ADOLESCENTE:/ /(EDUCAÇÃO)

Em que série você está no momento, ou qual foi a última série que você fez?

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| 0. nunca foi a escola; | 1. 1ª ou 2ª série; |
| 2. 3ª ou 4ª série; | 3. 5ª ou 6ª séries; |
| 4. 7ª ou 8ª séries; | 5. 1º colegial; |
| 6. 2º colegial; | 7. 3º colegial; |
| 8. estou na faculdade ou no cursinho. | |

OBS: Caso o paciente tenha respondido “0” na questão 4, coloque “0” nas questões 5, 6, 7, 8, 10, 11 e “99” na questão 9; passe então para a questão 12.

5. FREQUENCIA NA ESCOLA NO ÚLTIMO ANO:/ /(ESCOLA)

0. nunca foi a escola;
1. freqüentando regularmente;
2. faltando com freqüência por problemas relacionados a drogas (considerar suspensões disciplinares);
3. faltando com freqüência por problemas outros, excluindo drogas;
4. parou de estudar (incluindo expulsão da escola).

OBS: Caso o paciente NÃO tenha respondido “4” na questão 5, colocar “0” nas questões 6 e 7 e passar para a questão 8.

6. IDADE QUE TINHA QUANDO PAROU DE ESTUDAR:/ /
/(IDADEDES)

Coloque a idade que tinha quando interrompeu os estudos.

7. RAZÃO PELA QUAL PAROU DE ESTUDAR:/ / (ESCOLDES)

Por que você deixou de estudar?

0. não se encaixa;
1. para trabalhar;
2. não gostava de estudar (inclui dificuldade de aprendizado);
3. fui expulso por problemas disciplinares;
4. outros.

8. DESEMPENHO ESCOLAR:/ / (NOTAS)

No ano passado, ou no último ano em que você estudou, suas notas eram:

0. não se encaixa
1. boas;
2. médias;
3. ruins.

9. NÚMERO DE REPETÊNCIAS:/ / (N.REPETE)

Coloque o **número total** de vezes em que repetiu de ano na escola. Caso nunca tenha frequentado escola, coloque “99”.

OBS: Caso nunca tenha repetido de ano, coloque “0” na questão 10 e passe para a questão 11.

10. MOTIVO DAS REPETÊNCIAS:/ / (MOTREPET)

Quando você repetiu de ano, ou na maioria das vezes em que você repetiu de ano, isso aconteceu porque:

0. não se encaixa (nunca repetiu ou não foi a escola);
1. tinha dificuldade de aprender;
2. faltava muito (exclui motivos disciplinares);
3. as duas razões acima (1 e 2);
4. muitas suspensões ou outras razões disciplinares;
5. falta de motivação, exclui dificuldade de aprendizado;
6. outras ou não sabe referir.

11. EXPULSÃO DE ESCOLA:/ / (EXPULSEC)

Alguma vez você já foi “convidado a se retirar” ou “expulso” da escola?

0. não se encaixa;
1. sim;
2. não.

12. PLANOS PARA O FUTURO:/ / (PLANOFUT)

Em relação ao seu futuro, seus planos são:

1. iniciar ou completar os estudos (até 2º grau)
2. fazer faculdade;
3. trabalhar sem completar os estudos;
4. não tenho planos;
5. incerto.

13. EMPREGO REGULAR OU NÃO REGULAR (BICOS):/ / /

Você já trabalhou alguma vez na vida? Em caso afirmativo, coloque a idade que tinha quando começou em seu primeiro emprego.

OBS: Caso nunca tenha trabalhado, coloque “00” na questão 13, “0” na questão 14 e passe para a questão 15.

7. Os itens “g” referem-se ao motivo da continuidade do uso e **não considera o motivo do primeiro uso**. Caso só tenha ocorrido uso experimental, anote o motivo deste (consulte anexo 4 para códigos).

16. TABACO:

16a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(TABACO)

16b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /

/(1REGULA) 16c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ /

/(1PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

16d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / (1ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

16e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / (1ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

16f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / (1CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

16g. MOTIVO DO USO:/ / (1MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

17. ÁLCOOL:

17a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(ÁLCOOL)

17b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /

/(2REGULA)

17c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(2PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

17d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / (2ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

17e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / (2ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

17f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / (2CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

17g. MOTIVO DO USO:/ / (2MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

18. MACONHA:

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

18a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(MACONHA)

18b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ / /(3REGULA)

18c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(3PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

18d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / (3ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

18e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / (3ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

18f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / (3CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

18g. MOTIVO DO USO:/ / (3MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

19. COCAÍNA VIA INALATÓRIA:

19a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(COCAINAL)

19b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ / /(4REGULA)

19c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(4PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

19d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / (4ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

19e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / (4ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

19f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / (4CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

19g. MOTIVO DO USO:/ / (4MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

20. COCAÍNA FUMADA (CRACK):

20a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(CRACK)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

20b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(5REGULA)

20c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(5PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

20d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ //(5ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

20e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ //(5ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

20f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ //(5CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

20g. MOTIVO DO USO:/ //(5MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

21. COCAÍNA VIA ENDOVENOSA:

21a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ //(COCAEV)

21b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(6REGULA)

21c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ //(6PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

21d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ //(6ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

21e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ //(6ULTIMES)

Com que frequência você esta substância no último mês?

21f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ //(6CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

21g. MOTIVO DO USO:/ //(6MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

22. BENZODIAZEPÍNICOS:

22a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ //(BDZ)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

22b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(7REGULA)

22c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(7PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

22d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ /(7ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

22e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ /(7ULTIMES)
Com que frequência você usa esta substância no último mês?

22f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ /(7CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

22g. MOTIVO DO USO:/ /(7MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

23. ANFETAMINA/ESTIMULANTES:

23a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ /(ANFETAMI)

23b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(8REGULA)

23c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(8PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

23d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ /(8ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

23e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ /(8ULTIMES)
Com que frequência você usa esta substância no último mês?

23f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ /(8CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

23g. MOTIVO DO USO:/ /(8MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

24. BARBITÚRICOS:

24a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ /(BARSEDT)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

24b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(9REGULA)

24c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(9PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

24d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ /(9ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

24e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ /(9ULTIMES)

Com que frequência você usou esta substância no último mês?

24f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ /(9CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

24g. MOTIVO DO USO:/ /(9MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

25. INALANTES:

25a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(INALANTE)

25b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(10REGULA)

25c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(10PROBLEM)

Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

25d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ /(10ULTIANO)

Com que frequência você usou esta substância no último ano?

25e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ /(10ULTIMES)

Com que frequência você usou esta substância no último mês?

25f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ /(10CIRCUSO)

Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

25g. MOTIVO DO USO:/ /(10MOTUSO)

Por que motivo você manteve o uso desta substância?

26. ALUCINÓGENOS:

26a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(ALUCINOG)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

26b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(11REGULA)

26c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(11PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

26d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / /(11ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

26e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / /(11ULTIMES)
Com que frequência você usou esta substância no último mês?

26f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / /(11CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

26g. MOTIVO DO USO:/ / /(11MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

27. OPIÁCEOS:

27a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(OPIACEOS)

27b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(12REGULA)

27c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(12PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

27d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / /(12ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

27e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / /(12ULTIMES)
Com que frequência você usou esta substância no último mês?

27f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / /(12CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

27g. MOTIVO DO USO:/ / /(12MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

28. OUTRAS DROGAS NÃO LISTADAS (ESTRÓGENOS, ANTI-HISTAMÍNICOS):

28a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(OUTRS)

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

28b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(13REGULA)

28c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(13PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

28d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / /(13ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

28e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / /(13ULTIMES)
Com que frequência você esta substância no último mês?

28f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / /(13CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

28g. MOTIVO DO USO:/ / /(13MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

29. USO DE QUALQUER OUTRA DROGA VIA ENDOVENOSA:

(Incluir o uso de cocaína endovenosa)

OBS: Caso o paciente nunca tenha utilizado drogas por via endovenosa, coloque “00” em todos os itens da questão 29 e passe para a questão 30.

29a. IDADE EM QUE USOU PELA PRIMEIRA VEZ:/ / /(DROGAEV)

29b. IDADE EM QUE PASSOU A FAZER USO REGULAR:/ /
/(14REGULA)

29c. IDADE EM QUE PASSOU A TER PROBLEMAS:/ / /(14PROBLEM)
Você teve algum problema (físico, familiar, na escola, com os amigos, no trabalho) pelo fato de ter usado esta substância? Quantos anos você tinha quando este problema apareceu pela primeira vez?

29d. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO ANO?/ / /(14ULTIANO)
Com que frequência você usou esta substância no último ano?

29e. PADRÃO DE CONSUMO NO ÚLTIMO MÊS?/ / /(14ULTIMES)
Com que frequência você esta substância no último mês?

29f. CIRCUNSTÂNCIAS DE USO:/ / /(14CIRCUSO)
Na maioria das vezes em que você faz uso desta substância, você o faz com quem? (considere a maioria das vezes no último ano, ou, em caso de uso experimental, com ele ocorreu)

29g. MOTIVO DO USO:/ / /(14MOTUSO)
Por que motivo você manteve o uso desta substância?

30. PRIMEIRA DROGA CONSUMIDA:/ / /(PRIDROGA)

Sem considerar o uso de cigarro (nicotina), qual foi a primeira droga que você utilizou?

0. não utiliza drogas

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. álcool | 2. maconha |
| 3. cocaína via inalatória | 4. crack |
| 5. cocaína via endovenosa | 6. benodiazepínicos |
| 7. anfetamina/estimulantes | 8. barbitúricos/sedativos |
| 9. inalantes | 10. alucinógenos |
| 11. opiáceos | 12. outros |

OBS: Caso o paciente nunca tenha utilizado drogas via endovenosa, coloque “00” nas questões 31 e 32 e passe para a questão 33.

31. PRIMEIRA DROGA VIA ENDOVENOSA:/ / (14PRIMEI)

Qual foi a primeira droga que você usou via endovenosa (“injetando”)?

0. nunca utilizou drogas endovenosas
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. álcool | 2. maconha |
| 3. cocaína via inalatória | 4. crack |
| 5. cocaína via endovenosa | 6. benodiazepínicos |
| 7. anfetamina/estimulantes | 8. barbitúricos/sedativos |
| 9. inalantes | 10. alucinógenos |
| 11. opiáceos | 12. outros |

32. ÚLTIMA DROGA UTILIZADA VIA ENDOVENOSA:/ / (14ULTIMA)

Qual foi a última droga que você usou via endovenosa (“injetando”)?

0. nunca utilizou drogas endovenosas
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. álcool | 2. maconha |
| 3. cocaína via inalatória | 4. crack |
| 5. cocaína via endovenosa | 6. benodiazepínicos |
| 7. anfetamina/estimulantes | 8. barbitúricos/sedativos |
| 9. inalantes | 10. alucinógenos |
| 11. opiáceos | 12. outros |

33. PRINCIPAL DROGA CONSUMIDA NO ÚLTIMO ANO:/ / (DROGAANO)

Sem considerar o tabaco (cigarro), qual foi a droga que você mais utilizou nos últimos 12 meses?

0. não utilizou drogas no último ano
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. álcool | 2. maconha |
| 3. cocaína via inalatória | 4. crack |
| 5. cocaína via endovenosa | 6. benodiazepínicos |
| 7. anfetamina/estimulantes | 8. barbitúricos/sedativos |
| 9. inalantes | 10. alucinógenos |
| 11. opiáceos | 12. outros |

34. CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE SE DEU O PRIMEIRO USO:/ / (CRIC1USO)

Considerando a droga que você mais tem utilizado no último ano (resposta da questão acima), ou a droga que você mais consumiu (no caso em que o paciente

tenha ficado abstinente no último ano), você estava com quem quando você a utilizou a pela primeira vez?

- | | | |
|---------------|-----------|--------------|
| 1. sozinho | 2. amigos | 3. |
| irmãos/primos | | |
| 4. pais | 5. outros | 6. estranhos |
| 7. outros | | |

35. MOTIVO DO PRIMEIRO USO:/ / (MOTI1USO)

Considerando ainda a droga consumida com maior freqüência no último ano (ou a droga mais consumida anteriormente), por que motivo você a utilizou pela **primeira vez**?

1. para experimentar/curiosidade;
2. para ir de acordo com o grupo/“ficar enturmado”;
3. para sair da monotonia, da “chatice”;
4. porque eu queria sentir os efeitos, “me estimular” ou “relaxar”;
5. como “auto-medicação”, para aliviar a tristeza, desânimo, diminuir a tensão;
6. para aliviar os sintomas de abstinência;
7. para “cortar” os efeitos de outras drogas;
8. outros.

36. GRAU DE PROBLEMA COM A DROGA:/ / (PROBDROG)

Atualmente, você considera a droga na sua vida como:

0. não é problema;
1. problema leve, sem conseqüências importantes;
2. problema moderado, com algumas conseqüências;
3. problema importante, com conseqüências graves;
4. o meu principal problema.

OBS: A questão 37 não deve ser feita verbalmente; apenas verifique a idade em que usou primeira droga, verifique a idade atual e calcule há quantos anos o paciente vem consumindo drogas.

37. TEMPO TOTAL DE CONSUMO DE DROGAS:/ / (TOTALUSO)

Anote o número total de anos em que o paciente vem consumindo algum tipo de droga, **com exceção de nicotina (cigarro)**.

38. TENTATIVAS DE ABSTINÊNCIA:/ / (TENTPARA)

Considerando a droga que você mais usa, quantas vezes você já tentou parar de usar? (anote o número de tentativas)

OBS: Caso o paciente nunca tenha tentado parar de usar, coloque “00” nas questões 38 e 39 e passe para a questão 40.

39. MAIOR PERÍODO DE ABSTINÊNCIA:/ / (TOTALSEM)

Considerando todas as drogas que você já usou, sem ser o cigarro (nicotina), qual foi o maior período de tempo que você conseguiu ficar sem utilizar nenhuma droga? (anotar o período em meses; caso o paciente não saiba precisar, coloque o número aproximado).

QUESTÕES SOBRE ATIVIDADES ILEGAIS:

As questões 40 a 45 referem-se a atividades ilegais envolvidas, especificamente, com o consumo de drogas (para obtenção de drogas).

Nas questões 40, 42 e 44, coloque a idade que o paciente tinha quando realizou o ato pela primeira vez. Caso ele nunca tenha feito o que foi perguntado, coloque “000” nas questões 41, 43, e 45 e passe para as questões seguintes.

Se o paciente não souber precisar o número de vezes que cometeu cada ato no último ano, coloque “999”.

40. ROUBOS/FURTOS:/ / (ROUBO1)

Alguma vez você teve que roubar, furtar ou assaltar para conseguir drogas ou para obter dinheiro para comprar drogas? Se a resposta for sim, quantos anos você tinha quando fez isto pela primeira vez?

41. QUANTIDADE DE ROUBOS/FURTOS ÚLTIMO ANO:/ / / / (ROUBOANO)

No último ano, quantas vezes você roubou, furtou ou assaltou para conseguir drogas?

42. PRISÃO/DETENÇÃO:/ / / (PRESO1)

Alguma vez você já foi preso ou detido por qualquer motivo? Se a resposta for sim, quantos anos você tinha quando fez isto pela primeira vez?

43. QUANTIDADE DE PRISÕES NO ÚLTIMO ANO:/ / / / (PRESOTOT)

No último ano, quantas vezes você foi preso ou detido?

44. TRÁFICO DE DROGAS:/ / / (TRAFICO1)

Alguma vez você traficou drogas, ou passou drogas para outras pessoas (“avião”)? Se a resposta for sim, quantos anos você tinha quando fez isto pela primeira vez?

45. QUANTIDADE DE TRÁFICO NO ÚLTIMO ANO:/ / / / (TRAFICANO)

No último ano, quantas vezes você passou drogas para alguém ou traficou drogas?

QUESTÕES REFERENTES A LAZER:

46. COMPANHIA PARA LAZER:/ / (LAZER COM)

A maior parte de seu tempo livre você passa junto com quem?

1. colegas que usam drogas
2. colegas que não usam drogas;

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

3. namorado(a) que usa drogas;
4. namorado(a) que não usa drogas;
5. familiar que usa drogas;
6. familiar que não usa drogas;
7. colegas de trabalho;
8. sozinho;
9. outros.

47. TIPO DE LAZER:/ / (TIPOLAZER)

Como você passa a maior parte de seu tempo livre?

1. ouvindo música;
2. assistindo televisão;
3. falando no telefone;
4. lendo;
5. jogando vídeo game/fliperama;
6. fazendo esportes;
7. em festas, usando drogas (ou outras situações com drogas);
8. trabalhando;
9. outras atividades;
10. sem atividades de lazer.

48. PESSOA DE CONFIANÇA:/ / (CONFIANC)

No último ano, quando você teve um problema sério você pediu ajuda de quem?

0. ninguém;
1. colegas que usam drogas;
2. colegas que não usam drogas;
3. namorado(a) que usa drogas;
4. namorado(a) que não usa drogas;
5. familiar que usa drogas;
6. familiar que não usa drogas;
7. adultos não familiares (professor da escola);
8. ajuda profissional (médico, psicólogo);
9. outros.

49. PROBLEMAS COM AMIGOS:/ / (PROBAMIG)

Em relação aos seus amigos, relacionamentos afetivos, capacidade de fazer novos amigos, você acha que você tem alguma dificuldade?

- | | |
|---|--|
| 0. nenhum tipo de problema; | 1. problema leve, “de rotina”; |
| 2. problema moderado, alguma dificuldade; | 3. problema importante, várias dificuldades; |
| 5. é um dos meus principais problemas. | |

QUESTÕES SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL:

As questões 50 a 62 referem-se ao comportamento sexual do paciente. Faça a pergunta 50. Caso o **paciente nunca tenha tido relação sexual, faça apenas as perguntas 57, 58 e 59**. Nas perguntas restantes, utiliza o seguinte código:

- * questões, 50, 51, e 56: anote “00”
- * questões 52, 53 e 54: anote “000”;
- * questões 55, 60, 61 e 62: anote “0”;

50. RELAÇÕES SEXUAIS:/ / / (RELSEXO1)

Você já teve relação sexual? Se a resposta for sim, quantos anos você tinha quando teve a **primeira relação sexual?** (anote a idade da primeira relação sexual).

51. PROSTITUIÇÃO RELACIONADA A DROGAS:/ / / (SEXDROGA)

Alguma vez você manteve relações sexuais em trocas de drogas ou para conseguir dinheiro para comprar drogas? Se a resposta for sim, quantos anos você tinha quando isto ocorreu pela **primeira vez?** (anote a idade da primeira vez em que o paciente se prostituiu; caso o paciente nunca tenha se prostituído, anote “00”).

OBS: Caso o paciente nunca tenha se prostituído, coloque “000” na questão 52 e passe para a questão 53.

52. NÚMERO DE PROSTITUIÇÕES NO ÚLTIMO ANO:/ / / (SEXDRANO)

No último ano, quantas vezes você manteve relações sexuais em troca de drogas ou dinheiro? (anote o número de vezes; caso o paciente não saiba precisar, anote o número aproximado).

53. QUANTIDADE DE PARCEIROS SEXUAIS:/ / / (SEXPARTO)

Quantos parceiros sexuais você teve até hoje, incluindo aqueles com quem manteve relações em troca de drogas/dinheiro (deixar claro que número de parceiros sexuais refere-se ao número de **pessoas diferentes com quem manteve relações**, e não o número total de relações sexuais)? (note o número de parceiros ou no número aproximado; caso não seja possível estimar, anote “999”).

54. NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NO ÚLTIMO ANO:/ / / (SEXPARAN)

No último ano, com quantas pessoas diferentes você teve relações sexuais? (anote o número de parceiros ou o número aproximado; caso não seja possível estimar, anote “999”).

55. PARCEIROS SEXUAIS DO GRUPO DE RISCO:/ / (SEXAIDS)

Você já teve relação sexual com alguma pessoa dos grupos abaixo:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 0. não, nunca | 1. prostituta/travesti; |
| 2. usuário de drogas ev; | 3. bissexual; |
| 4. mais de um grupo dos acima. | |

56. RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS:/ / / (SEXOHOMO)

Alguma vez na sua vida você teve relações homossexuais (homem com homem, mulher com mulher)? (anote o número de vezes ou o número aproximado; caso não seja possível estimar, anote “999”).

57. ABUSO SEXUAL:/ / (SEXFORÇ)

Alguma vez você já foi forçado a manter algum contato físico íntimo (desde carícias físicas, masturbar outra pessoa ou a si próprio na presença de outros, tirar a roupa, até manter relações sexuais- incluindo sexo oral e anal), mesmo que não tenha chegado a se consumir?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 0. nunca | 1. uma vez; |
| 2. de uma a três vezes; | 3. mais de três vezes. |

58. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:/ / (DSTTOTAL)

Você já teve alguma doença venérea (explicar que se trata de doença transmitida por relação sexual, tais como sífilis, cancro, gonorréia, herpes genital, candidíase)? (anote o número de vezes que apresentou infecção gênito-urinária).

59. TESTE PARA AIDS:/ / (TESTAIDS)

Você já fez exame de sangue para saber se tem HIV/AIDS?

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 0. não; | 1. sim, resultado (+); |
| 2. sim, resultado (-); | 3. sim, não sabe resultado. |

60. GRAVIDEZ:/ / (GRAVIDEZ)

(se paciente do sexo feminino): Alguma vez você já ficou grávida? Se já ficou, o que aconteceu com a criança?

(se paciente do sexo masculino): Alguma vez você engravidou alguma mulher? Se isto já ocorreu. O que aconteceu com a criança?

0. não, nunca engravidou;
1. sim, fez aborto;
2. sim, abandonou a criança (inclui não teve mais notícias);
3. sim, entregou para adoção;
4. sim, convive com a criança;
5. sim, a criança ficou com a mãe/pai (mantém pouco contato);
6. sim, ainda está grávida;
7. sim, outro destino para criança (p.ex., avós cuidam).

61. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:/ / (ANTICONC)

Você faz uso/sua parceira usa, ou já usou, algum método anticoncepcional (pílula, DIU, coito interrompido, “tabelinha”, diafragma) **que não preservativo (“camisinha”)?**

0. não, nunca;
1. já usei, mas não nas últimas vezes
2. uso na minoria das vezes, tenho poucas preocupações;
3. uso na maioria das vezes, tenho medo de AIDS;
4. uso na maioria das vezes, para evitar outros DST;
5. uso na maioria das vezes, tenho medo de gravidez;

6. uso na maioria das vezes, por todos os motivos acima.

62. USO DE PRESERVATIVO:/ / (PRESEUSO)

Você faz uso/seu parceiro usa, ou já usou, preservativo (“camisinha”)?

0. não, nunca;
1. já usei, mas não nas últimas vezes
2. uso na minoria das vezes, tenho poucas preocupações;
3. uso na maioria das vezes, tenho medo de AIDS;
4. uso na maioria das vezes, para evitar outros DST;
5. uso na maioria das vezes, tenho medo de gravidez;
6. uso na maioria das vezes, por todos os motivos acima.

QUESTÕES SOBRE SITUAÇÃO FAMILIAR:

63. RELAÇÕES FAMILIARES:/ / (SITUFAMI)

Em relação ao último ano, como você avalia as relações que você tem com as pessoas com quem você mora?

0. não se encaixa, mora sozinho;
1. nenhum tipo de problema;
2. problemas leves, alguns pequenos atritos;
3. problemas moderados, com discussões;
4. problemas importantes, com discussões frequentes;
5. problemas graves (com agressões físicas), o que mais incomoda (ou evita contato).

64. CONHECIMENTO DO PROBLEMA:/ / (CONDROGA)

Como os seus pais ficaram sabendo que você usa drogas?

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| 0. não sabem; | 1. eu contei; |
| 2. irmãos contaram; | 3. amigos contaram; |
| 4. encontraram drogas comigo; | 5. fui preso; |
| 6. outros meios. | |

QUESTÕES SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES:

65. ÁLCOOL E DROGAS:/ / (ANTALDRU)

Alguém na sua família tem problemas com álcool ou drogas: bebe em excesso, faz uso de remédios para dormir, já fez algum tratamento ou foi internado por estes problemas?

0. não ninguém;
1. pai;
2. mãe;
3. parentes de primeiro grau (irmãos);
4. parentes de segundo grau (tios, primos);
5. avós;
6. pai e mãe;
7. pai ou mãe e irmãos;
8. pai, mãe e irmãos;

9. tios, primos e/ou avós.

66. PSIQUIÁTRICOS:/ / (ANTPSIQU)

Alguém na sua família já esteve internado ou recebeu tratamento para: depressão, tentativa de suicídio, euforia, ansiedade, “medos exagerados”, “manias exageradas”, pensamento desconexo, “ouvir vozes”, ou outros problemas mentais?

0. não ninguém;
1. pai;
2. mãe;
3. parentes de primeiro grau (irmãos);
4. parentes de segundo grau (tios, primos);
5. avós;
6. pai e mãe;
7. pai ou mãe e irmãos;
8. pai, mãe e irmãos;
9. tios, primos e/ou avós.

67. ANTECEDENTES CRIMINAIS:/ / (ANTCRIME)

Alguém na sua família já esteve preso, detido (preso por um dia), foi processado ou teve algum outro envolvimento com a polícia/justiça penal?

0. não ninguém;
1. pai;
2. mãe;
3. parentes de primeiro grau (irmãos);
4. parentes de segundo grau (tios, primos);
5. avós;
6. pai e mãe;
7. pai ou mãe e irmãos;
8. pai, mãe e irmãos;
9. tios, primos e/ou avós.

QUESTÕES SOBRE ANTECEDENTES PESSOAIS:

68. INTERNAÇÕES ANTERIORES:/ / (INTERTOT)

Você já esteve internado em hospital geral ou hospital psiquiátrico por mais de 48 horas? (anote o número total de internações ou “00” caso o paciente não tenha sido internado nenhuma vez).

OBS: Caso o paciente tenha respondido “00” na questão 68, coloque “0” na questão 69 e passe para a questão 70.

69. MOTIVO DAS INTERNAÇÕES:/ / (INTERMOT)

Por que você foi internado?

0. nunca foi internado;
1. internações clínicas, problemas orgânicos;
2. internações psiquiátricas, **excluindo pelo uso de álcool/drogas;**
3. internações clínicas e psiquiátricas;
4. não sabe precisar.

70. TENTATIVA DE SUICÍDIO:/ / (TENTSUIC)

Alguma vez você tentou se matar?

0. nunca;
1. uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool;
2. uma vez, sob o efeito de drogas/álcool;
3. mais de uma vez, sem estar sob efeito de drogas/álcool;
4. mais de uma vez, sob efeito de drogas/álcool.

71. INTERNAÇÕES EM PRONTO-SOCORRO:/ / / (INTOXICA)

Alguma vez você foi internado ou levado para um Pronto-Socorro por ter bebido muito/usado muita droga? (anote o número total de vezes em que isto ocorreu; caso nunca tenha acontecido, coloque “000”; se o paciente não souber precisar, anote “999”).

72. QUEIXA ATUAL:/ / (DORATUAL)

Você sente alguma dor ou algum problema físico no momento? (anote apenas “sim” ou “não”).

73. NÚMERO DE TRATAMENTOS ANTERIORES:/ / / (TRATTOTA)

Você já fez algum tipo de tratamento para o seu problema com álcool/drogas? Quantas vezes você já iniciou tratamento para seu problema com álcool/drogas? (anote o número de vezes).

OBS: Caso o paciente nunca tenha feito tratamento anterior, coloque “000” na questão 73, anote “0” na questão 74 e passe para a questão 75.

74. TRATAMENTOS ANTERIORES:/ / (TRATANTE)

Qual foi o tipo de tratamento que você fez?

0. não fez nenhum;
1. tratamento ambulatorial, sem medicação;
2. tratamento ambulatorial, com medicação;
3. tratamento internado;
4. Alcoólicos Anônimos/ Narcóticos Anônimos;
5. tratamento religioso;
6. outros tipos;
7. mais de um tipo anterior.

75. INICIATIVA DE TRATAMENTO:/ / (TRATVONT)

De quem foi a iniciativa de procurar o tratamento aqui no hospital?

1. minha (do paciente);
2. do namorado(a)/esposo(a)/companheiro(a);
3. a escola mandou;
4. dos pais;
5. encaminhado por outro médico;
6. para cumprir mandato judicial;

7. de parentes;
8. de amigos.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ANEXO 1

PADRÃO DE CONSUMO DE DROGAS/ÁLCOOL NO ÚLTIMO ANO

0. não usou drogas/álcool no último ano;
1. utilizou de 1 a 10 vezes no último ano;
2. fez uso episódico: menos de 1 vez por mês;
3. raras vezes, mas quando usou o fez exageradamente;
4. usou 1 vez por mês;
5. usou 2 ou mais vezes por mês (um dia apenas dos fins de semana);
6. usou 1 vez por semana;
7. usou 2 ou mais vezes por semana (uso em todos os finais de semana- sexta, sábado e domingo);
8. usou 1 vez por dia;
9. usou mais de uma vez por dia.

ANEXO 2

PADRÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS NO ÚLTIMO MÊS

0. não usou drogas/álcool no último mês;
1. usou 1 vez por mês;
2. usou 2 ou mais vezes por mês (um dia apenas dos fins de semana);
3. usou 1 vez por semana;
4. usou 2 ou mais vezes por semana (uso em todos os finais de semana- sexta, sábado e domingo);
5. usou 1 vez por dia;
6. usou mais de uma vez por dia.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

ANEXO 3

CIRCUNTÂNCIAS DE USO DE DROGAS/ÁLCOOL

1. sozinho;
2. com amigos;
3. com irmãos ou primos de primeiro grau (da mesma faixa etária);
4. com os pais (pai ou mãe);
5. com outros familiares;
6. com estranhos;
7. outros.

ANEXO 4

MOTIVO DA MANUTENÇÃO DO USO DE DROGAS/ÁLCOOL

1. para experimentar, por curiosidade;
2. para concordar com os amigos, para que eles não me “achassem careta ou me discriminassem” (ficar mais fácil de se “socializar”);
3. para aliviar o desânimo, a monotonia (“quebrar a rotina”);
4. para sentir os efeitos das drogas/álcool: ficar estimulado, ter mais energia, descontrair;
5. para ser “auto-medicar”: diminuir a ansiedade ou nervosismo com BDZ, para conseguir dormir com BDZ ou álcool, etc.;
6. para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
7. para “cortar” os efeitos de outras drogas: usar álcool após uso de cocaína “para diminuir a estimulação”, usar cocaína para estimular após uso de macinha, etc.; outros motivos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury A, Knobel M. **Adolescência Normal**. 5ª ed, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- Allan CA. Alcohol problems and anxiety disorders – A critical review. **Alcohol and Alcoholism**, 30: 145-151, 1995
- American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)**. Washington, DC, 1994.
- American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd ed. Revised)**. Washington, DC, 1980.
- Anthony JC. Epidemiology of drug dependence and illicit drug use. **Current Opinion in Psychiatry**, 4: 435-439, 1991.
- Armstrong TD & Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70 (6), 1224-1239, 2002.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**, 2000. Disponível no site: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
- Aust R, Sharp C, Goulden C. **Prevalence of Drug Use: Key findings from the 2001/2002 British Crime Survey**. Home Office, London, 2002.
- Babor TF, 1992; Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS, Rounsaville B. Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. **Archives of General Psychiatry**, 49: 599-608, 1992.

- Bachman SJ, Johnston LD, O'Malley PM. Smoking, drinking, and use among American high school students: correlates and trends, 1977-1979. **American Journal of Public Health**, 71: 59-69, 1981.
- Beeder AB, Millman RB. Treatment of patients with psychopathology and substance abuse. In: LOWINSON JH, RUIZ P, MILLMAN RB, LANGROD JG. (Eds.). **Substance Abuse: A Comprehensive Textbook**. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 675-690, 1992.
- Beutelspacher AN, Conyer RT, Romero AV, Alvarez GL, Mora MEM, Izaba BS. Factores asociados al consume de drogas en adolescents de areas urbanas de Mexico. **Salud Publica Mex**, 36: 646-654, 1994.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer T, Faraone S. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. **The American Journal of Psychiatry**, 152 (11): 1652-1658, 1995.
- Bordin IA. Aspectos gerais da Psiquiatria Infantil. In: Almeida OP, Draactu L, Laranjeira RR. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 19: 250-264, 1996.
- Bordin IAS & Offord DR. Transtorno de conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (supl. II): 12-15, 2000.
- Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 35 (12): 1602-1610, 1996a.

Brown SA, Gleghorn A, Schukit MA, Myers MG, Mott MA. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug misusers. **J. Stud. Alcohol**, 57 (3): 314-324, 1996b.

Brown SA, Vik PW, Creamer VA. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. **Addictive Behavior**, 14: 291-300, 1989.

Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. **American Journal of Psychiatry**, 146: 1131-1141, 1989.

Bukstein OG, Glancy LJ, Kaminer Y. Patterns of affective co-morbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 31: 1041-1045, 1992.

Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D. Age of alcoholism onset: I. Relationship to psychopathology. **Archives of General Psychiatry**, 46: 225-230, 1989.

Cardenal CA, Adell MN. Consumo de alcohol en escolares. **Med Clin (Barc)**, 105: 481-486, 1995.

Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicóticas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo, CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicóticas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.senad.gov.br>

Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. O uso de drogas psicóticas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez

capitais brasileiras, 1987. Em: **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil**, em 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5), Brasília, 09-84, 1989.

Chong MY, Chan KW & Cheng ATA. Substance use disorders among adolescents in Taiwan: prevalence, sociodemographic correlates, and psychiatric comorbidity. **Psychological Medicine**, 29: 1387-1396, 1999.

Clark DB & Sayette MA. Anxiety and the development of alcoholism: clinical and scientific issues. **American Journal of Addictions**, 2: 59-76, 1993.

Clark DB, Bukstein OG, Smith MG, Kaczynski NA, Mezzich AC, Donovan JE. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. **Psychiatric Services**, 46: 618-620, 1995.

Clark DB, Kirisci L, Tarter RE. Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. **Drug and Alcohol Dependence**, 49: 115-121, 1998.

Clark DB, Parker AM, Lynch KG. Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: a survival analysis. **Journal of Clinical Child Psychology**, 28: 333-341, 1999.

Cloninger CR, Sigvardsson, S, Bohman M. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 12: 494-505, 1988.

Cohen P, Cohen NJ, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age and gender specific prevalence. **J. Child Psychol. Psychiatry**, 34: 851-67, 1993.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

- Compton WM, Cottler LB, Phelps DL, Abdallah AB, Spitznagel EL. Psychiatric disorders among drug dependent subjects: are they primary or secondary. **American Journal of Addictions**, 9: 126-134, 2000.
- Condon J & Smith N. **Prevalence of Drug Use: Key findings from the 2002/2003 British Crime Survey**. Home Office, London, 2003.
- Costello EJ, Erkanli A, Federman E, Angold A. Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: effects of timing and sex. **Journal of Clinical Child Psychology**, 28: 298-311, 1999.
- Couto CM, Castro EJS, Rossoni EL, Rangel MCM. Adolescência e tabagismo. **AMRIGS**, 25: 26-37, 1981.
- Crowley TJ, Riggs PD. Adolescent substance use disorder with conduct disorder, and comorbid conditions. **NIDA Research Monography**, 156: 49-111, 1995.
- Dawkins MP. Drug use and violent crime among adolescents. **Adolescence**, 32: 395-405, 1997.
- Deykin EY, Buka SL, Zeena TH. Depressive illness among chemically dependent adolescents. **American Journal of Psychiatry**, 149: 1341-1347, 1992.
- Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. **American Journal of Public Health**, 77: 178-182, 1987.
- Dupre D, Miller N, Gold M, Rospenda K. Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. **The American Journal on Addictions**, 4:43-48, 1995.
- Farrell M & Taylor E. Drug and alcohol use and misuse. In: Rutter M, Taylor E & Hersov L (Eds.) **Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches**. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications, pp. 529-545, 1994.

- Farrington DP. Offending from 10 to 25 years of age. In: VanDusen KT & Mednick SA (Eds.). **Prospective studies of crime and delinquency**. Boston: Kluwer-Nijhoff, pp. 17-37, 1983.
- Fenton Earls A. Oppositional-Defiant and Conduct Disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (Eds.). **Child and Adolescent Psychiatry – Modern Approaches**. Blackwell, London, p. 319, 1985.
- Galduróz JCF, D’Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. **III Levantamento Sobre Uso de Drogas Entre Estudantes De 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras – 1993**. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1994.
- Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. **IV Levantamento Sobre Uso de Drogas Entre Estudantes De 1º. e 2º. Graus em 10 Capitais Brasileiras - 1997**. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.
- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA: **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. SENAD, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.
- Giusti JS, Sañudo A, Scivoletto S. Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 (2): 80-82, 2002.

- Giusti JS. **Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros**. São Paulo, 2004. 204p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Glantz M, Sloboda Z. Analysis and reconceptualization of resilience. In: Glantz M, Johnson J. (Eds.). **Resiliency and development: positive life adaptations**. Plenum Press, New York, 1998.
- Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. **Drug and Alcohol Dependence**, 39: 197-206, 1995.
- Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. **Journal of Substance Abuse**, 7: 481-497, 1995.
- Grant BF. Prevalence and Correlates of Drug Use and DSM-IV Drug Dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. **Journal of Substance Abuse**, 8: 195-210, 1996.
- Greenbaum PE, Prange ME, Friedman RM & Silver SE. Substance abuse prevalence and comorbidity with other psychiatric disorders among adolescents with severe emotional disturbance. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 30: 575-583, 1991.
- Helzer JE, Prysbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact in treatment. **Journal of Studies on Alcohol**, 49: 219-224, 1988.
- Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. **Archives of General Psychiatry**, 42: 1050-1055, 1985.

Hollar D & Moore D. Relationship of substance use by students with disabilities to term educational, employment, and social outcomes. **Substance Use and Misuse**, 39 (6): 931-962, 2004.

Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R. *Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 33: 476-483, 1994.*

Irwin M, Schuckit M, Smith TL. Clinical importance of age at onset in type 1 and type 2 primary alcoholics. **Archives of General Psychiatry**, 47: 320-324, 1990.

Jessor R & Jessor SL. **Problem behavior and psychosocial development – A longitudinal study of youth**. New York: Academic Press, 1977.

Jessor R, Chase JA, Donovan JE, Graves T, Hanson R, Jessor SS & Jessor SP. Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescent. **American Journal of Public Health**, 70: 604-613, 1980.

Johnson V, Labouvie EW e col. A central mechanism in the development of drug dependence. In: Glantz M, Pickens R. (Eds.). **Vulnerability to drug use**. American Psychology Association, Washington, DC, 1992.

Johnston L, O'Malley P & Eveland L. Drugs and delinquency: A search for causal connections. In: Kandel DB (Ed.). **Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues**. Washington, DC: Hemisphere-Wiley, pp. 132-156, 1978.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG & Schulenberg JE. **Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume I, Secondary school students**. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005.

Available at: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol1_2004.pdf

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. **Drug Use, Drinking, and Smoking: National Survey Results from High School, College, and Young Adults Populations. 1975-1988.** Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1989.

Kaminer Y, Tarter RE, Bukstein OG & Kabene M. Comparison of treatment completers and noncompleters among dually diagnosed substance abusing adolescents. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 31: 1046-1049, 1992.

Kaminer Y. **Adolescent Substance Abuse - A Comprehensive Guide to Theory and Practice.** New York, Plenum Publishing Corporation, 1994.

Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement - an overview. **Archives of General Psychiatry**, 43: 746-54, 1986.

Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Weissman M, Goodman SH, Lahey B, Regier DA, Schwab-Stone M. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 38: 693-699, 1999.

Kandel DB, Kessler RC & Margulies RZ. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use. **Journal of Youth and Adolescence**, 7: 13-40, 1978.

Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. **Journal of Studies on Alcohol**, 53: 447-57, 1992.

- Kandel DB. Epidemiological trends and implications for understanding the nature of addiction. In: O'Brien CP, Jaffe JH. (Eds.) **Addictive States**. New York, Raven Press, p.23-40, 1992.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Kashani JH, Keller MB, Solomon N, Reid JC, Mazzola D. Double depression in adolescent substance abusers. **Journal of Affective Disorders**, 8: 153-157, 1985.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J & Anthony JC. *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, 54: 313-321, 1997.*
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, 51: 8-19, 1994.*
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. **American Journal of Orthopsychiatry**, 66: 17-31, 1996.*
- Kleinman PH, Wish ED, Deren S & Rainone G. Multiple drug use: a symptomatic behavior. **Journal of Psychoactive Drugs**, 18: 77-86, 1986.
- Kosten TR & Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia: Editor's introduction. **Schizophrenia Bulletin**, 23: 181-186, 1997.
- Kushner MG & Mueser KT. Psychiatric comorbidity with alcohol use disorders. In: **Eight special report to the U.S. Congress on alcohol and health, NIH**

Publication No. 94-3699, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, pp. 37-59, 1993.

Lebouvie EW. Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. **International Journal of the Addictions**, 21 (3): 333-345, 1986.

Lehman AF, Myers CP & Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. **Hospital and Community Psychiatry**, 40: 1019-1025, 1989.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. **Addiction**, 91: 375-390, 1996.

Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. **Psychological Medicine**, 34: 613-622, 2004.

Lewis DO. Transtorno de Conduta. In: Lewis M. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 575-586, 1995.

Lewis M & Volkmar FR. A criança em idade escolar. In: Lewis M & Volkmar FR: **Aspectos Clínicos do Desenvolvimento na Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 200-218, 1993.

Loeber R. Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: evidence for developmental progressions. In: Lahey BB & Kazdin AE (Eds.). **Advances in Clinical Child Psychology**, New Your, NY: Plenum Press, p. 73-124, 1988.

- Martin CS, Langenbucher JW, Kaczkynski NA, Chung T. Staging in the onset of DSM-IV alcohol symptoms in adolescents: survival/hazard analyses. **Journal of Studies on Alcohol**, 57: 549-558, 1996.
- McCord W & McCord J. **Origins of alcoholism**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1960.
- Mehta, C. R.; Patel, N. R. A network algorithm for performing Fisher's exact test in $r \times c$ contingency tables. **J. Am. Statistical Association**, v. 78, p. 427-34, 1983.
- Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade L, Essau C, Whitaker A, Kraemer H, Robins LN, Kupfer DJ. Comorbidities and Boundaries of Affective Disorders with Anxiety Disorders and Substance Misuse: Results from an International Task Force. **British Journal of Psychiatry**, 168, suppl. 30: 58-67, jun, 1996.
- Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. In: Meyer RE (Ed.). **Psychopathology and addictive disorders**, New York: Guildford, pp. 3-16, 1986.
- Milin R, Halikas JA, Meller JE, Morse C. Psychopathology among substance abusing juvenile offenders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 30: 569-574, 1991.
- Miller P, Plant M. Truancy and perceived school performance: an alcohol and drug study of UK teenagers. **Alcohol Alcoholism**, 34: 886-893, 1999.
- Mueser K, Bellack A & Blanchard J. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60: 845-856, 1992.

- Mueser KT, Drake RE & Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. **Addictive Behaviors**, 23 (6): 717-734, 1998.
- Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescents escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II – Distribuição do consumo por classes sociais. **Revista de Saúde Pública**, 31 (2): 163-170, 1997.
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. **American Journal of Psychiatry**, 148: 118-120, 1991.
- Neighbors B, Kempton T & Forehand R. Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. **Addictive Behaviors**, 17: 379-386, 1992.
- Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factor for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. **American Journal of Public Health**, 76 (5): 525-531, 1986.
- Newcomb MD. Identifying high risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 156. **Clinical Assessment and Therapeutic Interventions**, 7-38, 1995.
- Newcomb MD. Psychosocial predictors and consequences of drug use: a developmental perspective within a prospective study. **Journal of Addictive Disorders**, 16: 51-89, 1997.
- Nicastri S, Ramos SP. Prevenção do uso de drogas. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas (JBDQ)**, 2 (supl. 1): 25-29, 2001.
- Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca, AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini EA. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e**

adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Problemas de salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la OMS.** Ginebra, OMS, 1977 (Informe Técnico 308).

Paton S & Kandel D. Psychological factors and adolescent illicit drug use: Ethnicity and sex differences. **Adolescence**, 13: 187-200, 1978.

Pedersen W, Mastekaasa A, Wichstrom L. Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. **Addiction**, 96: 415-431, 2001.

RachBeisel J, Scott J, Dixon L. Co-Occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: A Review of Recent Research. **Psychiatric Services**, 50 (11): 1427-1434, 1999.

Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr e col. One month prevalence of mental disorder in the United States. **Archives of General Psychiatry**, 45: 977-985, 1988.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, 264: 2511-2518, 1990.

Regier DA, Robins LN. **Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study.** New York: The Free Press, 1991.

Report TD. **Treatment Referral Sources for Adolescent Marijuana Users.** Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2002.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

- Resnik MD, Bearman L, Blum R e col. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on adolescent health. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, 27: 823-830, 1997.
- Robins L, Przybeck TR. Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. **Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention**. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, p. 178-192, 1985.
- Robins LN, McEvoy L. Conduct problems as predictors of substance abuse. In: Robins LN, Rutter M (Eds.). **Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood**. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 182-204, 1990.
- Robins LN. **Deviant children grown up**. Huntington, NY: Krieger, 1974.
- Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 35: 101-109, 1996.
- Rounds-Bryant JL, Kristiansen PL, Hubbard RL. Drug abuse treatment outcome study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. **Am. J. Drug Alcohol Abuse**, 25: 573-591, 1999.
- Schuckit MA, Smith TL, Radzimirski S, Heyneman EK. Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in nonalcoholic or alcoholic families. **American Journal of Psychiatry**, 157: 1881-1883, 2000.
- Schuckit MA. The clinical implications of alcoholism and affective disorder. **Archives of General Psychiatry**, 42: 1081-1086, 1985.
- Scivoletto S, Castel S & Andrade AG. The effects of a recall system in the treatment of alcoholic patients. **British Journal of Addiction**, 87: 1185-1188, 1992.

Scivoletto S. **Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas: características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento.** São Paulo, 1997. 127p. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. **Pediatrics**, 111 (6): 699-705, 2005. Available at: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/6/e699>.

Silva VA, Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HC. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 25(3): 133-138, 2003.

Silverman JG, Raj A, Mucci LA et al. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, 286: 572-579, 2001.

Singh H, Mustapha N. Some factors associated with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. **J Drug Educ**, 24: 83-93, 1994.

Stewart DG, Brown SA. Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. **Addiction**, 90: 627-635, 1995.

Stice E, Myers MG, Brown SA. Relations of delinquency to adolescent substance use and problem use: a prospective study. **Psychol. Addict. Behav.**, 12: 136-146, 1998.

- Stowell RJ. Dual diagnosis issues. **Psychiatric Annals**, 21: 98-100, 103-104, 1991.
- Strasburger V. **Getting your kids to say “No” in the ‘90s when you said “Yes” in the ‘60s**. New York, Simons & Schuster, 1993.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Mental Health Estimates from the 1994 National Household Survey on Drug Abuse**. Advanced Report Number 15. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **SAMHSA 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)**. U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
- Tavares BF, Béria JU, Lima SM. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, 35 (2): 150-158, 2001.
- Tomlinson KL, Brown SA, Abrantes A. Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. **Psychology of Addictive Behavior**, 18 (2): 160-169, 2004.
- Wagner FA & Anthony JC. From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. **Neuropsychopharmacology**, 26 (4): 479-488, 2002.
- Walter HJ, Vaughan RD, Cohall AT. Comparison of three theoretical models of substance use among urban minority high school students. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 32 (5): 975-981, 1993.
- Weinberg NZ, Glantz MD. Child Psychopathology Risk Factors for Drug Abuse: Overview. **Journal of Clinical Child Psychology**, 28: 290-297, 1999.

Weinrieb RM & O'Brien CP. Persistent cognitive deficits attributed to substance abuse. **Neurol Clin**, 11 (3): 663-691, 1993.

Whitmore EA, Mikulich SK, Thompson LL, Riggs PD, Aarons GA, Crowley TJ. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. **Drug and Alcohol Dependence**, 47: 87-97, 1997.

Widseth JC & Mayer J. Drinking behavior and attitudes toward alcohol in delinquent girls. **International Journal of the Addictions**, 6: 453-461, 1971.

Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 185: 475-482, 1997.

Windle M. A retrospective measure of childhood behavior problems and its use in predicting adolescent problem behaviors. **Journal of Studies on Alcohol**, 54: 422-431, 1992.

Wise BK, Cuffe S, Fischer T. Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 21: 161-165, 2001.

Wolraich M, Felice M, Drotar D (Eds.). **The Classification of Children and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care (DSM-PC) – Child and Adolescent Version**. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1996.

Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequence of progression. **American Journal of Public Health**, 74 (7): 668-672, 1984a.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!

Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. **American Journal of Public Health**, 74 (7): 673-681, 1984b.

Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. Substance use, abuse and dependence: prevalence, symptoms profiles and correlates. **Drug and Alcohol Dependence**, 68: 309-322, 2002.

Zucker R & Barron F. **Research on alcoholism: I. Clinical problems and special populations**. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1973.

pdfMachine

Is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now!